FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gabrielle MONBIOT
Ancienne Interne provisoire des Hôpitaux de Paris
Licenciée ès Sciences

ÉMOTIONS ET AMÉNORRHÉE

Président : M. MÉNÉTRIER, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1920

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gabrielle MONBIOT

Ancienne Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Licenciée ès Sciences

ÉMOTIONS ET AMÉNORRHÉE

Président : M. MÉNÉTRIER, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE N.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
ALGLAVE
BRANCA
CAMUS
CASTAIGNE
CHAMPY
CHEVASSU
DESMAREST
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
LABBE (H.)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS
LECENE
LEMIERRE
LENORMANT
LEQUEUX
LEREBOULLET
LERI
LOEPER
MOCQUOT
MULON
NOBECOURT
OKINCZYC
OMBREDANNE
RATHERY
RETTERER
RIBIERRE
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A.)
SICARD
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET
ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A Monsieur le Professeur MÉNÉTRIER

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la Présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur DALCHÉ

Qui nous aida toujours de ses conseils et voulut bien nous inspirer ce travail.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

Monsieur le Docteur ARROU (1re année)

Monsieur le Docteur DALCHÉ (2e année)

Monsieur le Docteur BARIÉ (3e année)

Internat provisoire

Monsieur le Professeur POZZI (1re année)

Monsieur le Docteur CAUSSADE (2e année)

Monsieur le Docteur SIREDEY (2e année)

Monsieur le Professeur ROGER (2e année)

A Monsieur le Professeur BAR

A Messieurs les Professeurs agrégés : ALGLAVE, PROUST, LEQUEUX, BRINDEAU

A Monsieur le Docteur FRÉDET
Chirurgien des Hôpitaux

ÉMOTIONS ET AMÉNORRHÉE

INTRODUCTION

A plusieurs reprises, ayant eu l'occasion d'observer, à la Consultation gynécologique de l'Hôtel-Dieu, des cas d'aménorrhée émotionnelle, nous avons, sur le conseil de M. le Dr Dalché, exposé dans le présent travail les particularités que nous a semblé présenter ce genre de trouble morbide.

Nous avons laissé de côté l'aménorrhée dépendant des états émotionnels spéciaux, psychonévropathiques, pour nous limiter à l'étude de l'aménorrhée conséquence « d'un traumatisme psychique, de chocs affectifs, d'origine exogène ».

Un point nous a paru particulièrement intéressant à envisager : le groupement des conditions étiologiques qui, de la perturbation émotionnelle, ordinairement transitoire, fait une déficience fonctionnelle permanente.

Nous ne saurions trop remercier M. le Dr Dalché des précieux documents qu'il nous a fournis sur la question et de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

HISTORIQUE

L'action de l'émotion sur la fonction menstruelle a été connue dès la plus haute antiquité. On ne trouve cependant, dans les très anciens traités, que peu de détails à ce sujet.

L'aménorrhée psychique reste longtemps confondue avec les autres aménorrhées, et si Galien, Arétée, Aétius la signalent, ils ne nous disent pas, en exposant les trois grandes causes d'arrêt des règles — trop grande viscosité du sang ; excès de bile ou d'atrabile dans la masse humorale ; surabondance de pituite dans la matrice — à laquelle de celles-ci il faut l'attribuer.

Ultérieurement Benoît (1500), Mercatus (1580) gardent la même réserve et se contentent d'une brève mention.

Pour avoir un travail détaillé sur ce genre d'état pathologique, il faut arriver à Astruc (1765). Réunissant les suspensions menstruelles rapidement réalisées, il individualise ce groupe sous le nom d'*aménorrhée accidentelle*, lui consacre une étude spéciale, s'essaie à une interprétation pathogénique :

« Les règles, dit-il, sont parfois supprimées par la constriction convulsive du corps de la matrice, qui se resserre et étrangle tout d'un coup les appendices veineux.

La constriction est causée :

1° par un froid qui saisit le corps ;

2° Par quelque emportement de colère ou par quelque chagrin vif et imprévu ;

3° Par quelque impression de peur grande et subite.

Ces trois causes sont les causes qui arrêtent les règles, tout d'un coup, dans le temps quelles coulent. Elles agissent sur la matrice par un mécanisme qui est celui de toutes les contractions convulsives qui dépendent ou des passions de l'âme ou des impressions sympathiques. »

L'exposé des conséquences possibles de l'aménorrhée accidentelle est, de sa part, l'objet d'un soin particulier. Il apporte un rare sens critique à en bannir toute exagération.

Chambon, Gardien, Désormaux, Lisfranc ne fourniront aucune donnée nouvelle sur la question.

Royer-Collard, Rostan publient quelques observations relatives à l'aménorrhée émotionnelle.

Dusourd (1841) considère l'action de l'émotion au moment de la puberté et au cours de la vie génitale. Il établit quelle entraîne trois sortes de troubles : des hémorragies, de la diminution du flux menstruel, de l'aménorrhée. Ses assertions s'appuient sur de nombreuses observations : cinq d'entre elles ont trait à une simple raréfaction des menstrues ; une vingtaine relatent une absolue suppression de l'écoulement cataménial.

Cette suppression peut être progressive : « les

chagrins suppriment les règles après un temps plus ou moins long. Les contrariétés souvent répétées agissent dans le même sens ».

Elle sera prompte « sous l'influence d'un refroidissement du corps, d'une impression morale qui frappe instantanément et vivement les femmes pendant leurs règles ».

Dusourd, traduisant les tendances de son époque, attribue à la suspension du flux sanguin une extrême importance dans l'étiologie de la chlorose et des processus tuberculeux.

Presque en même temps, Brierre de Boismont (1842), dans son *Traité de la Menstruation*, dresse le tableau des causes de 190 cas d'aménorrhée secondaire d'après lui.

68 de ces cas seraient attribuables à des causes organiques ;

30 à des causes inconnues ;

92 à des causes morales.

On voit par là, la prépondérance accordée par cet auteur au rôle de l'émotion, dans l'étiologie aménorrhéique.

Mais son originalité est moins d'avoir fait admettre ce rôle d'une façon définitive, que d'avoir insisté sur la persistance du trouble menstruel chez certaines femmes. Malheureusement, des différents cas de ménopause prématurée d'ordre nerveux qu'il signale, six seulement ont une origine nette.

Raciborski (1856) et Scanzoni (1858), les premiers, songent à tirer partie des idées nouvelles concernant

les relations de l'ovulation et de la menstruation pour distinguer deux sortes d'aménorrhées : utérine et ovarienne. « Au point de vue de l'avenir, ajoute Scanzoni, il serait très important de déterminer si, malgré la cessation de l'hémorragie, la maturation périodique des ovules a lieu, et si la congestion que celle-ci provoque vers les organes du bassin existe encore ou non ; car ce ne serait que dans le cas affirmatif que l'impossibilité où seraient les vaisseaux gorgés de sang de déverser leur contenu pourrait avoir des suites funestes... La plus grande partie de ces dangers disparaît quand l'arrêt des règles est causé par l'absence de congestion et d'hyperhémie du bassin. »

Sans doute, l'interprétation des faits est erronée. La vieille croyance en la pléthore cataméniale continuait à influencer les esprits. Mais il est curieux de constater que la notion pronostique du « molinen », non seulement subsiste encore aujourd'hui, mais a acquis une grande valeur.

Raciborski réduit remarquablement les conséquences de l'aménorrhée accidentelle. Il rejette la « théorie de l'empoisonnement », admise par la majorité des auteurs de son époque et estime que les troubles dependent surtout de l'agent physique ou moral qui a entraîné la suspension des règles.

A plusieurs reprises il revient sur les fausses grossesses, entre dans le détail du phénomène, en publie des observations.

Négrier (1858), ne consacre que quelques lignes à l'aménorrhée émotionnelle.

Aran (1860) proteste, sans s'expliquer autrement sur le mécanisme, contre l'opinion de Scanzoni qui veut que, préalablement à tout arrêt brusque des menstrues, il y ait altération du système utéro-ovarien.

Bernutz effleure le sujet.

Courty (1866) n'apporte aucune contribution personnelle à l'étude de la question.

Mayer, au Congrès international de Paris de 1867, rapporte un cas intéressant d'aménorrhée consécutive à une peur violente.

Successivement Kisch, Barnes, Parwin sont très affirmatifs en ce qui concerne le choc nerveux comme facteur étiologique de certaines aménorrhées.

La fin du XIXe siècle marque une évolution dans la conception pathogénique du phénomène. Jusqu'alors on l'avait considéré comme le résultat d'un trouble circulatoire, la conséquence de l'hypercongestion ou de l'ischémie utérine, l'une et l'autre arrêtant ou empêchant, par un mécanisme opposé, la « sécrétion sanguine ».

« Ce défaut ou cette exagération de congestion de l'utérus joue le rôle de cause déterminante de l'aménorrhée » Martineau.

A partir de 1880 la théorie vasculaire est abandonnée par la majorité des auteurs en faveur de la théorie nerveuse.

En effet, pendant que les gynécologistes discu-

taient sur l'importance de la métrite, comme agent prédisposant à l'arrêt accidentel des règles, une notion nouvelle se faisait jour, celle du rôle important de l'inhibition dans la genèse de certains phénomènes, tant physiologiques que pathologiques.

L'aménorrhée émotionnelle, caractérisée si souvent par la soudaineté de son apparition et de sa cédation, à une époque où la menstruation n'était considérée que comme un simple réflexe à point de départ ovulaire, devait naturellement être rangée parmi ces phénomènes.

Nombreux furent ceux qui adoptèrent, peut être trop à l'exclusion du mécanisme vaso-moteur, la nouvelle interprétation pathogénique.

Les Américains surtout se déclarèrent ses partisans fervents.

Dès 1882, Tilt signale la paralysie brusque des ovaires : « les ovaires et les seins sont stupéfiés par un choc nerveux comme la grenouille par l'électricité ». Et, sur 27 cas de cessation des règles, il en attribue 9 à la frayeur.

Par des recherches ultérieures, Johnstone, Tait s'efforcent de mettre au point la physiologie menstruelle et d'en tirer parti en faveur du mécanisme inhibitoire de l'aménorrhée émotionnelle.

S'appuyant sur ces travaux, Mlle Walter admet que la menstruation est sous la dépendance, le contrôle d'un centre nerveux local, représenté par un ganglion para-utérin.

« Que ce centre soit intact, irrité, inhibé physio-

logiquement, pathologiquement ou chirurgicalement par action locale ou par action à distance, les fonctions de la menstruation seront normales, anormales ou entièrement absentes. »

Cette hypothèse, pour Mlle Walter, n'expliquerait pas seulement l'aménorrhée par inhibition mais encore certains autres faits tels que :

1° La persistance de la menstruation avec des ovaires et un utérus malades ;

2° L'arrêt des règles quand, tous les organes étant apparemment sains, le plexus nerveux utéro-ovarien est lésé ou détruit au cours d'une opération chirurgicale.

En outre, « le fait que l'écoulement périodique apparaît si souvent après la double ovariotomie serait peut-être mieux expliqué par la présence de ce centre menstruel, en partie ou entièrement intact, que par la présence d'un ovaire supplémentaire ou de fragments de tissu ovarien ».

Malheureusement l'existence de ce ganglion menstruel est niée par beaucoup de physiologistes.

En 1905, Mme Darcanne-Mouroux, dans une intéressante étude de la *Ménopause précoce*, consacre un chapitre à l'aménorrhée nerveuse.

Au cours de ces dernières années, M. Dalché a publié plusieurs cas d'aménorrhée émotionnelle. A différentes reprises il revient sur l'interprétation pathogénique des troubles de la menstruation :

« Les phénomènes utérins par acte réflexe ou inhibitoire sont indiscutables : qu'il s'agisse de con-

gestion ou d'ischémie, de ménorrhagie ou d'aménorrhée. »

Ailleurs : « Si l'on admet, dit-il, avec Vulpian et la plupart des physiologistes, que l'inhibition du centre vaso-moteur situé dans la moelle lombaire et la paralysie des vaso-constricteurs sont suivies de congestion et d'hémorragie, l'excitation du même centre met obstacle à l'éruption des règles. »

Déjà, avec M. le professeur Robin, il avait soupçonné une altération organique post-émotionnelle de l'ovaire : « certains cas que nous avons suivis nous portent à nous demander si, sous une impulsion nerveuse brusque, directe ou réflexe, il ne se produit pas une véritable maladie de l'ovulation ».

Entre temps des discussions s'élèvent sur la valeur des complications de l'aménorrhée accidentelle, surtout relativement aux hémorragies vicariantes.

Les travaux de MM. Jayle, Tuffier, Mauté sur les conséquences de la castration ovarienne expliquent et confirment certaines particularités de ces complications.

Enfin la guerre, avec ses traumatismes psychiques de tous ordres, singularise certaines formes, met en relief l'importance du terrain nerveux et la complexité du mécanisme fonctionnel des glandes endocrines.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

I. — Considérations générales sur l'émotion

La détermination de la nature de l'émotion a soulevé, de tout temps, de nombreuses discussions et, bien que l'entraînement contemporain vers les sciences psychologiques ait fait bénéficier cette question de données nouvelles, il est encore impossible de formuler, du phénomène, une définition conciliant les diverses opinions.

En nous en tenant au point de vue purement analytique, sans préjuger son mécanisme, sa finalité, nous considérerons avec Ribot l'émotion comme un complexus psycho-physiologique décomposable en :

Un état intellectuel, point de départ ;

Un état affectif ;

Des phénomènes moteurs et organiques.

L'étude de ces derniers, depuis la retentissante et paradoxale théorie de James, a pris une place prépondérante. On ne peut s'empêcher de remarquer combien cette tendance laisse de plus en plus dans l'ombre la théorie des sentiments de Bain, la théorie intellectualiste de Herbart et son école qui, faisant dériver tout état affectif de la souffrance morale,

pour la première, de l'harmonie ou du heurt des représentations, pour la seconde, omettent de s'occuper des autres phénomènes émotionnels ou ne les considèrent que comme secondaires.

Les manifestations viscérales résultent de la diffusion, à travers les centres organiques, de l'influx nerveux, mis en liberté par l'excitation initiale. Elles seront de nature différente. Le « choc psychique a des effets soit d'excitation, soit de dépression, soit de déviation fonctionnelle (1) » ; il est inhibiteur ou dyanomogène.

Janet établit cinq lois concernant la prédominance, la localisation du trouble émotionnel sur un organe.

« 1° Lorsqu'une certaine fonction de l'organisme était déjà, pour d'autres raisons, en exercice au moment de l'événement provocateur, elle semble acquérir par ce fait une vulnérabilité particulière et être la plus atteinte ;

2° La localisation dépend beaucoup de l'état antérieur de l'organisme, les fonctions dejà débilitées par des troubles préexistants quelconques sont toujours les plus touchées ;

3° La nature même de l'événement détermine au début la mise en jeu de telle ou telle fonction, sur laquelle l'épuisement et les divers troubles peuvent porter de préférence ;

4° Les lois de l'automatisme jouent ici un grand

1. Dupré.

rôle. Si, dans une première émotion grave, le trouble a pris une forme déterminée, il est bien probable qu'il conservera cette forme dans les émotions postérieures, quelles que soient leurs occasions ;

5° Dans certains cas, plus rares qu'on ne le croit généralement, les idées mêmes du sujet peuvent influencer sur la localisation du trouble à cause de la suggestibilité qui fait partie des symptômes de l'épuisement émotionnel. »

Si les phénomènes organiques sont modérés et éphémères on peut « regarder sinon comme utile, du moins comme indifférent le choc initial (1) ». Au contraire les réactions somatiques exagérées, sans but physiologique, ayant une tendance à la permanence, se rangent parmi les véritables états pathologiques : elles répondent alors à certaines conditions étiologiques (intensité du traumatisme psychique, hyperémotivité du sujet, débilité locale, etc.) dont nous allons voir l'importance à propos de l'aménorrhée émotionnelle.

II. — Conditions étiologiques de l'aménorrhée émotionnelle

1° Nature, intensité, moment de l'émotion aménorrhéogène. — Les émotions se divisent en dépressives et excitantes. Nous n'avons guère

---

1. Hallion.

trouvé que les premières à l'origine de l'aménorrhée.

L'intensité du choc provocateur est un facteur de première valeur. Une grande frayeur (chute d'un obus à proximité, accident de chemins de fer), un violent chagrin (perte d'un être cher), sont ordinairement incriminables. Toutefois la répétition d'émotions, même minimes, peut entraîner une déséquilibration progressive, nerveuse et organique, créer une susceptibilité toujours plus grande, une véritable anaphylaxie.

C'est ce qui s'est produit si souvent durant la guerre où tout était de nature à engendrer un état de préoccupation continuelle. Moins de femmes ont présenté des troubles génitaux après une émotion unique qu'à la suite de secousses successives, subintrantes.

Le moment du cycle menstruel où doit intervenir l'émotion, si elle est unique, n'est pas indifférent. Dans la presque totalité des cas d'aménorrhée, que nous avons observés, le traumatisme psychique s'est produit alors que les règles coulaient ou étaient imminentes.

2° **Terrain nerveux.** — D'une façon générale, l'émotivité conditionne l'émotion. « Elle consiste essentiellement, dans la facilité avec laquelle le cerveau réagit par diffusion aux excitations. Elle est à l'émotion ce que la motricité est au mouvement, la volonté à la volition, la sensibilité à la sensation (1).»

---

1. Sollier.

Janet définit l'émotivité « la tendance à remplacer les opérations supérieures d'adaptation, devenues impossibles, par l'exagération des opérations inférieures et surtout par de grossières agitations viscérales ».

Moyennement développée, l'émotivité est en quelque sorte physiologique, elle devient pathologique, et c'est alors qu'elle nous intéresse, chez certains sujets, quand ceux-ci « manifestent des dispositions spéciales à réagir vivement, et profondément aux émotions et à dépasser dans leurs réactions les effets utiles de l'ébranlement psychique ».

Dupré donne à cette déséquilibration réactionnelle du système nerveux le nom de constitution émotive. Elle peut être, dit-il, héréditaire et dépendre alors des nombreux facteurs de la dégénérescence ; elle peut être acquise et relever d'émotions antérieures, de déterminations nerveuses infectieuses ou toxiques.

Chez presque toutes nos malades, un examen systématique nous a permis de constater « l'éréthisme diffus de la sensibilité, l'insuffisance d'inhibition motrice, réflexe et volontaire » qui caractérisent cette hyperémotivité et se manifestent « par des réactions anormales dans les différents domaines de la réflectivité profonde et superficielle, sensorielle, vaso-motrice et sécrétoire (1) ».

La constitution émotive représente le substratum

---

1. Dupré.

d'un grand nombre de syndromes névropsychopathiques (anxiété, obsessions, mélancolie, etc.), mais les cas d'aménorrhée émotionnelle que nous avons eu l'occasion d'observer ne dépendant pas de ces états émotifs spéciaux nous ne les envisageons pas dans cette thèse.

Depuis la révolution opérée par Babinski dans la conception de l'hystérie, les rapports de celle-ci et de l'émotion se sont singulièrement restreints. Du moins, peut-on considérer la « grande névrose » comme capable de prolonger les effets du choc affectif. C'est ainsi, qu'après une phase de méditation, l'aménorrhée hystérique peut succéder à l'aménorrhée émotionnelle.

3° **Prédisposition locale.** — Elle nous a paru assez inconstante et par conséquent non nécessaire.

Souvent l'aménorrhée émotionnelle survient chez une femme à fonction menstruelle jusqu'alors normale, à appareil génital indemne de toute tare. Nous en avons des exemples dans les observations IV, VII, IX, X, XIV, XV, etc.

Cependant il arrive qu'une insuffisance ovarienne antérieure, physiologique ou pathologique, crée une prédisposition locale. Ainsi certaines de nos aménorrhéiques étaient proches de la ménopause quand l'arrêt des règles s'est produit. A-t-on affaire à une jeune femme, on arrive à reconstituer l'histoire suivante : puberté tardive ; règles espacées, peu abondantes, douloureuses ; stérilité ou fécondité médiocre. Quelques unes de nos malades présentaient

l'habitus extérieur (taille petite, caractères de la sexualité féminine peu prononcés, stigmates de dégénérescence), l'infantilisme utérin de l'hypoplasie ovarienne congénitale.

Une particularité fréquente des antécédents mérite, peut-être, de retenir l'attention, nous voulons parler de la préexistence de troubles thyroïdiens, que nous avons relevé dans maintes observations, que ceux-ci soient apparus indifféremment au cours de la vie sexuelle de la femme ou que leur évolution, et c'est le cas le plus fréquent, ait coïncidé avec les phases actives du fonctionnement génital (menstruation, grossesse, etc.).

III. — Essai d'interprétation pathogénique

Le mécanisme exact par lequel l'émotion amène l'arrêt des règles est difficile à élucider, la cause de la menstruation étant encore inconnue et l'objet de simples hypothèses.

Nous rappellerons brièvement les faits principaux, utiles à connaître pour la discussion pathogénique.

Le nom de menstruation désigne un ensemble de phénomènes périodiques et temporaires, dont le plus apparent est un écoulement sanguin à travers les voies génitales.

A la production de l'hémorragie cataméniale, que seule, parmi cet « ensemble de phénomènes », nous aurons en vue, concourent principalement deux organes : l'utérus et l'ovaire.

1° Utérus et menstruation. — Dans les jours qui précèdent les règles, l'utérus devient le siège d'une congestion intense. Les vaisseaux se dilatent, se gorgent de sang. Le réseau capillaire, en certains points, vient presque affleurer l'épithélium de revêtement.

Selon la majorité des auteurs ces capillaires cèdent, se rompent, le sang s'infiltre dans l'endomètre et gagne la cavité utérine. Pour Keiffer sous l'excès de pression le plasma transsude à travers la paroi vasculaire pendant que les éléments figurés sortent par diapédèse. Moricke, Jacobs attribuent l'hémorragie à la fois à la rupture des vaisseaux et à un processus diapédétique.

Rappelons que pour Engelmann, Wendeler, Kolliker la chute de la plus grande partie de l'épithélium utérin, qui s'effectue parallèlement à la poussée congestive, facilite la rupture des capillaires, desquamation d'ailleurs niée par Ruge, Weit, Keiffer, Schrœder, etc.

Plus récemment Wallich explique pourquoi l'hémorragie menstruelle demeure l'apanage exclusif de l'espèce humaine et des primates. S'inspirant des travaux anatomiques de Johnstone, Pilliet, Lelièvre et Retterer il rapporte cette particularité à la texture plexiforme de l'utérus. Dans un tel organe, en effet, à vaisseaux enserrés, englobés, limités dans leur extension, toute la poussée congestive s'exerce sur les anses terminales sous-muqueuses libres et en amène la rupture.

2° Ovaire et menstruation. — La notion du rôle actif joué par l'ovaire dans la menstruation date de la découverte de l'ovulation spontanée, périodique chez la femme (1839).

Négrier le premier établit un rapprochement entre les deux phénomènes cycliques de la sphère sexuelle : flux cataménial, *déhiscence de l'ovisac* et fait dériver le premier du second.

Cette théorie trouva immédiatement de nombreux partisans. Gendrin, Raciborski, Robert Lee, Coste découvrent des follicules ovariques de rupture récente, au cours d'autopsies pratiquées sur des femmes mortes pendant ou immédiatement après leurs règles.

Puech, Kœberlé, Le Bec, Scanzoni, Barnes, Courty invoquent la disparition des menstrues après la double ovariotomie.

Mentionnons quelques-uns des adversaires de cette conception physiologique : de Sinety, Biegl (qui estiment qu'il n'existe qu'une simple concomitance entre l'ovulation et la menstruation) ; Reeves, Jackson qui croient à la disjonction des deux phénomènes.

Pour Pfluger la ponte ovarique n'est pas en cause, l'hyperhémie utérine est la conséquence d'une vaso-dilatation réflexe provoquée par la *distension du follicule de De Graaf*.

En 1898, les publications de Prenant ayant trait au corps jaune, auquel il a reconnu, dans de précédentes recherches, tous les caractères des glandes endocrines, ébranlent les théories classiques et font

envisager le problème du mécanisme de la menstruation sous un nouveau jour.

Curatulo et Tarulli avaient déjà écrit que « la mentruation est la traduction d'une onde périodique, l'ovaire étant, par une sécrétion interne qui se passe dans le corps jaune, l'intermédiaire constant mais non indispensable entre cette onde et l'hémorragie périodique », quand Fraenkel, en 1903, spécifie que l'hyperhémie utérine et la maturité du corps jaune ont un rapport chronologique, que la ponte ovulaire se produit au milieu de l'espace intermédiaire à deux menstruations. La *sécrétion du corps jaune* détermine la menstruation chez la femme et le rut chez les animaux.

Les observations de Lindenthal, les expériences de Ancel et Bouin apportent une confirmation à cette nouvelle théorie.

Villemin en 1908, après avoir étudié 39 ovaires, conclut :

Que le follicule se rompt douze à quatorze jours avant le début des menstrues ;

Que le corps jaune arrive à complète maturité dix jours environ après la rupture folliculaire, c'est-à-dire deux à quatre jours avant l'apparition des règles ;

Que la régression du corps jaune commence dès le deuxième jour des règles.

Meyer, Carl Ruge arrivent aux mêmes conclu-clusions (1913).

Vignes fait remarquer que l'observation clinique

plaide en faveur de la doctrine nouvelle. « Ainsi Stapfer a rapproché des deux grandes dates histologiques (maturité du follicule et maturité du corps jaune) les dates des deux vagues de congestion utérine. D'autre part, M. Tuffier a publié des observations de femmes auxquelles il avait pratiqué des greffes ovariennes et qui six à dix jours avant la menstruation (c'est-à-dire à l'époque présumée de la rupture folliculaire) présentaient une congestion intense de leurs greffes et du tissu ovarien. »

Une autre catégorie de faits sont non moins intéressants à envisager.

Forgue et Massabuau, appelés à intervenir chirurgicalement au cours de métrorragies profuses, trouvent des ovaires trop riches en cellules lutéiniques.

En 1916, Novak établit, par l'étude histo-chimique de 137 pièces opératoires, que « l'abondance ou la pauvreté de la menstruation est bien en rapport avec l'exagération ou la diminution de sécrétion du corps jaune ».

Toutefois, malgré de si nombreuses attestations, tous les auteurs ne sont pas unanimes à considérer le corps jaune comme le principal élément endosécréteur de l'ovaire. C'est ainsi que le rôle prépondérant dans la sécrétion ovarienne est attribué à la *glande interstitielle* par Limon, au *cumulus ovigère* par Okintschitz (1).

Quoiqu'il en soit, de ces différentes constatations

1. Cité par Vignes.

il ressort que l'ovaire exerce son action sur l'utérus par l'intermédiaire d'hormones qu'il livre à la circulation. Malheureusement jusqu'ici toutes les recherches faites pour isoler les produits de sécrétion n'ont donné que des résultats incomplets, incertains, souvent contradictoires. Il convient cependant de citer les intéressants travaux de Iscovesco et Vignes.

Il est difficile de préciser la tâche qui dans la production du flux cataménial, incombe au *système nerveux*. Sans doute il agit tant par ses nerfs vaso-moteurs, utérins et ovariques, que par ses filets nutritifs. Mais existe-t-il un centre menstruel ? Le centre menstruel décrit par les auteurs américains demeure très hypothétique.

3° Action possible de l'émotion sur l'utérus. — L'émotion pourra supprimer l'hyperhémie menstruelle par excitation directe du centre vaso-constricteur utérin.

Les expériences de Mosso ont démontré l'effet général vaso-constricteur de l'émotion, effet confirmé par les recherches plus récentes de Ménard, G. Etienne et E. Richard. On peut admettre que l'utérus, au moment de la menstruation, présente une susceptibilité vasculaire particulière et expliquer ainsi l'intensité élective du phénomène vaso-moteur.

Cette interprétation pathogénique nous semble surtout convenir à certains arrêts brusques et transitoires des règles au cours de leur écoulement. Il est plus difficile de l'invoquer à propos des aménorrhées durables. Nous nous sommes demandée si alors la

stabilité du trouble vaso-moteur n'est pas assurée par certaines glandes endocrines en particulier par les surrénales.

4° Actions possibles de l'émotion sur l'appareil ovarien. — L'émotion pourra agir en arrêtant ou diminuant la sécrétion de l'excitant spécifique fonctionnel par inhibition totale ou partielle ; en provoquant une altération des produits de sécrétion par déviation trophique de la fonction.

Déjà soumis à l'action directe de l'émotion, nous croyons que l'appareil ovarien subira encore, fréquemment, la répercussion du trouble apporté par le choc psychique dans le fonctionnement des autres glandes vasculaires. Au cours des émotions répétées ce mécanisme nous paraît spécialement incriminable. Parmi les glandes endocrines, deux présentent une parfaite susceptibilité réactionnelle vis-à-vis de l'émotion : la thyroïde et la surrénale.

Le rôle important du corps thyroïde dans l'extériorisation de l'émotion est indéniable. L'émotion, même légère, se traduit par un syndrome basedowien plus ou moins complet : tremblement, tachycardie, etc. Ce dysfonctionnement ne peut-il avoir un retentissement ovarien ? Les interrelations fonctionnelles des deux organes ne sont plus à démontrer (réactions thyroïdiennes durant la menstruation et la grossesse, après la castration ovarienne ; troubles menstruels myxœdémateux, etc.).

Qu'elle agisse par l'intermédiaire d'hormones ou en modifiant le métabolisme général, la perturba-

tion thyroïdienne nous a semblé être souvent en cause.

Les expériences de Dumas et Malloizel, celles de Cannona prouvent que la réaction des surrénales à l'émotion est non seulement constante mais encore primitive. Or la perturbation apportée par le choc émotif dans la sécrétion adrénalinienne retentit sur le sympathique, modifie le régime circulatoire du système utéro-ovarien et à ce titre nous intéresse.

L'allure clinique, la marche évolutive de l'aménorrhée émotionnelle plaident généralement en faveur d'une origine ovarienne, primitive ou secondaire. Dans ces cas, même s'il n'a pas été primitivement troublé par l'émotion, le fonctionnement des glandes endocrines, autres que l'ovaire, subira le contrecoup de l'insuffisance ovarienne, ainsi que nous le verrons ultérieurement.

ÉTUDE CLINIQUE

Aménorrhée et hypoménorrhée peuvent résulter de l'émotion. L'*aménorrhée* émotive s'établit suivant diverses modalités. Le plus ordinairement le choc nerveux, qui amènera des perturbations dans la fonction menstruelle, surprend la femme au milieu de ses règles. Il est suivi de leur arrêt.

Si, au moment de l'émotion, les époques sont imminentes, la date présumée de leur apparition se passe sans que l'écoulement sanguin se produise.

Dans d'autres cas, à chaque période cataméniale, les menstrues s'appauvrissent, se décolorent, le temps de l'écoulement se réduit, l'espace intercalaire augmente de durée, l'aménorrhée s'installe insidieusement. Ce genre de troubles relèvent particulièrement d'émotions successives, répétées, subintrantes.

Dans une quatrième catégorie de faits, enfin, plus rares que les précédents, l'on voit se dessiner une véritable « ataxie menstruelle » que caractérisent des alternances de règles, normales ou non (voire même de ménorrhagies) et de phases aménorrhéiques.

Quelle sera l'évolution de cette aménorrhée émotionnelle ? Elle peut céder au bout d'un jour ou deux (observation II). Elle persiste plusieurs mois dans les observations I, III, IV, XVII. Elle est susceptible d'être définitive (obs. XVIII, XIX, XX, XXI).

Dans ces deux dernières éventualités, mensuellement, à l'époque ou les menstrues devraient se montrer, certaines femmes accusent des troubles transitoires qui se rapportent à un processus hyperhémique du petit bassin : douleurs lombaires et abdominales, sensation pénible de plénitude, de pesanteur pelviennes, écoulement leucorrhéique. Simultanément on notera l'éclosion ou l'exagération des désordres aménorrhéiques, surtout de la céphalée, des bouffées de chaleur, des poussées congestives. Enfin, à ces phénomènes locaux se joignent ou non quelques-unes des manifestations générales qui normalement précèdent ou accompagnent la menstruation, telle l'élévation de la tension artérielle.

L'*hypoménorrhée*, au point de vue analytique, ne présente rien de spécial, qu'elle se manifeste par un simple déséquilibre fonctionnel qu'objectivent des retards, la raréfaction de l'écoulement sanguin, ou que, s'ajoutant à ces irrégularités, l'élément douleur complète le syndrome dysménorrhéique.

A un examen superficiel l'hypoménorrhée semblera moins fréquente que l'aménorrhée absolue. Il n'en est rien. Cette apparence tient à ce que la diminution des règles peut passer inaperçue, ne pas motiver de consultation. Mentionnons encore les cas

où la dysménorrhée n'est pas rapportée à la véritable cause.

Accidents aménorrhéiques

Les exemples sont nombreux où la suppression rapide des menstrues n'entraîne aucune perturbation dans l'état général ; l'équilibre n'est pas rompu, la santé reste satisfaisante (obs. XIII).

Par contre, chez d'autres femmes éclatent des accidents de divers ordres.

On a attribué à l'aménorrhée accidentelle les conséquences les plus inattendues et les plus terrifiantes. Les anciens auteurs sont très affirmatifs à ce sujet :

« Que de suites fâcheuses nous pourrions rapporter à ces suppressions ! Tantôt on verra survenir des maladies de l'utérus, tantôt des affections d'autres organes ; sous l'influence de l'aménorrhée des affections jusqu'alors latentes éclateront avec fureur ; des états pathologiques fort singuliers se montreront. » Brierre de Boismont.

Astruc donne une description plus rationnelle des désordres concomitants de l'aménorrhée brusquequement réalisée :

« Si les règles dans le temps qu'elles coulent viennent à être arrêtées tout d'un coup, il surviendra :

1° Des attaques de passion hystérique, plus grandes plus longues, plus fréquentes que dans toutes les autres espèces de suppression.

2° Plusieurs autres accidents, comme des assoupissements, des léthargies, des pertes de connaissance et de parole, des délires, des palpitations, des étouffements ».

Et il conclut : « le nombre, la durée, la violence de ces accidents varieront suivant l'abondance avec laquelle les règles coulaient quand elles ont été arrêtées ; suivant le temps de l'écoulement ; suivant la promptitude avec laquelle elles ont été suspendues, suivant la sensibilité naturelle de la matrice, l'âge et la constitution pléthorique et sanguine des malades. »

L'observation attentive des faits, la recherche des antécédents, réduisent de plus en plus la diversité, la multiplicité des désordres, Que de fois la cause avait été prise pour l'effet !

Cette interprétation s'appliquerait surtout aux *lésions locales* qu'on a si souvent accusées de compliquer l'aménorrhée et qui, dans de nombreux cas, préexistaient. Toutefois des affections utéro-annexielles peuvent être créées de toutes pièces par la suppression accidentelle des règles et apparaître à titre de complications intégrales.

Dès qu'on essaie de résoudre le problème du retentissement du trouble génital sur les *organes éloignés* on se heurte aux incertitudes entourant le but de la menstruation, les synergies fonctionnelles ; à des faits cliniques inexplicables dans l'état actuel de nos connaissances.

Cependant, sans préjuger la pathogénie exacte des phénomènes, on peut avancer que l'aménorrhée

émotionnelle s'accompagne, plus que tout autre suppression du flux cataménial, de désordres variés, mais que cette pluralité des accidents, selon toutes probabilités, ressortit en partie au terrain nerveux sur lequel elle évolue et à la nature de l'agent étiologique, lequel « diffuse son action » et multiplie ses effets.

Cette réserve apportée, nous croyons que les accidents généraux sont d'autant plus accusés que l'aménorrhée est apparue plus rapidement.

Comme dans la castration chirurgicale, la prépondérance, dans le cortège aménorrhéique, appartient aux troubles endocriniens de divers ordres. Il semble que la promptitude habituelle qu'apporte l'émotion à supprimer la sécrétion ovarienne, entraîne une rupture brutale de l'équilibre fonctionnel du système glandulaire, équilibre déjà compromis, peut-être ébranlé par le choc affectif.

En fait, dans l'aménorrhée émotionnelle le corps thyroïde est communément augmenté de volume. Les observations détaillées que nous avons pu recueillir mentionnent, d'une façon presque constante, cette hypertrophie, associée à un ou plusieurs des signes cardinaux du basedowisme. Parmi ceux-ci la tachycardie et le tremblement tiennent la première place. Ils extériorisent les formes les plus frustes.

Le syndrome peut apparaître en quelques heures. M. Dalché rapporte le cas d'une jeune fille « chez laquelle, à la suite d'un arrêt accidentel des règles, on vit peu à peu s'installer de la tachycardie et du gonflement du cou. »

A titre de curiosité, nous citerons l'observation suivante, publiée par M. Dalché, ayant trait à une fillette de quatorze à quinze ans dont les règles furent brusquement supprimées : « le pouls se mit à battre précipitamment, la thyroïde, les jambes enflèrent, en même temps qu'apparaissaient des éphélides de dystrophie ovarienne. Au bout de huit jours la malade offrait des signes pseudo-myxœdémateux. »

Les troubles vaso-moteurs, eux-mêmes conséquence de la déséquilibration de l'innervation sympathique, acquièrent, dans l'aménorrhée émotionnelle une grande intensité.

Les bouffées de chaleur en sont la plus fidèle traduction.

Diurnes et nocturnes, spontanées et provoquées, s'accompagnant ou non d'éblouissements, de bourdonnements d'oreilles, elles deviennent une véritable gêne pour la femme.

Au niveau du corps apparaissent des taches rouges, à bords polycycliques, planes ou surelevées, qu'il ne faut pas confondre avec les dermatoses si promptes à se produire et à s'aggraver chez ces malades.

L'angoisse respiratoire, avec sensation rétro-sternale mal définie, « sensation de vide dans la poitrine », qu'accusent maintes aménorrhéiques, se rangerait, pour Ramond et Carrié, parmi les phénomènes vasculaires.

Ces auteurs assignent la même origine à la plupart des troubles dyspeptiques, qu'il s'agisse d'une simple

impression de ballonnement gastrique, de lenteur des digestions ou d'une opiniâtre constipation.

Aux troubles vaso-moteurs se rattachent les règles déviées.

On a beaucoup insisté sur la production de règles supplémentaires dans l'aménorrhée accidentelle, de règles complémentaires au cours de l'hypoménorrhée. La littérature médicale est riche en cas curieux de ce genre d'accidents.

Par ordre de fréquence ce seraient des épistaxis, du purpura, des hémoptysies, du méléna, des écoulements mamelonnaires. Plus rarement on noterait : des otorrhagies, des hémorragies oculaires, des hématuries, des ecchymoses, des pétéchies, etc.

Camiade, dans son étude sur la déviation des menstrues, signale la particulière fréquence des hémoptysies.

Gille de la Tourette, Benni, Ménières, Hun, rapportent des cas d'otorrhagies.

Lafon, Herbet, Guépin, Lerat, Gendron, insistent sur les hémorragies oculaires postérieures à l'arrêt brusque des règles.

Dans nos observations personnelles, nous n'avons guère relevé que des épistaxis, quelques hémoptysies, de rares hématémèses et encore, dans ces derniers cas, avons-nous vérifié qu'une lésion antérieure avait toujours créé un point de moindre résistance.

Récemment E. Weill à mis en valeur l'importance des altérations sanguines pour la production des règles déviées, complémentaires ou supplémentaires :

« S'il est évident que ces phénomènes peuvent extérioriser une lésion silencieuse on les explique mieux encore en faisant jouer un rôle important dans leur réalisation aux lésions sanguines dyscrasiques, qui semblent nécessaires pour que la congestion aille jusqu'à la sortie du sang par les vaisseaux. »

Les lésions sanguines se caractérisent par :

Un retard dans la coagulation du sang,d'où dérive l'augmentation du temps de saignement ;

Une ébauche de coagulation plasmatique ;

Une rétraction du caillot moindre que normalement ;

Une teinte jaune plus ou moins foncée du sérum qui fait incriminer pour « la pathogénie de ces altérations les lésions du foie en particulier ».

« Sur un tel terrain hématique, la station debout, des traumatismes minimes suffisent à provoquer des ecchymoses cutanées. »

On pourrait se demander si les troubles endocriniens, si souvent multiples, consécutifs soit à l'émotion, soit l'insuffisance ovarienne ne suffiraient pas, dans certaines circonstances, en amenant des modications de la crase sanguine, à créer de toutes pièces un état hémorragipare.

Dernièrement Riess, sans nier positivement l'existence des règles ectopiques, insistait sur la fréquence d'une simple coïncidence du trouble génital et de l'hémorragie.

Des réserves analogues devront être apportées à

l'interprétation pathogénique des « poussées congestives non hémorragipares ». Ces poussées se localisent électivement sur les organes lésés ou fonctionnellement affaiblis. Elles favorisent l'infection et se traduisent par des congestions pulmonaires, pneumonies, bronchites, broncho-pneumonies ; de l'ictère ; des affections oculaires diverses.

Il est difficile de nier la possibilité du rôle exutoire des sécrétions supplémentaires, telles que les sueurs profuses, la sialorrhée, la gastrorrhée, les poussées diarrhéiques, la leucorrhée, les écoulements mamelonnaires.

Dans le domaine du système nerveux, les conséquences banales de l'aménorrhée émotive sont la céphalée, des modifications du caractère, un nervosisme plus marqué, une hyperirritabilité, de l'insomnie ou un sommeil peuplé de cauchemars, de l'asthénie neuro-musculaire, des névralgies et arthralgies, une diminution de la mémoire. Souvent certains de ces troubles se groupent en un syndrome neurasthéniforme.

Les auteurs américains insistent sur la fréquence d'accidents nerveux plus graves (crises épileptiques, manie aiguë, mélancolie, hystérie, désordres définitifs de l'idéation etc.). En réalité, ceux-ci ne se montrent que sur un terrain prédisposé, et il est difficile d'établir si le choc émotif n'a pas contribué à leur apparition.

Les troubles de la nutrition sont inconstants et

variables. Toutefois, assez fréquemment, une diminution de l'urée dans l'urine indique un ralentissement des échanges nutritifs, que peut venir confirmer une tendance à l'obésité.

ÉVOLUTION. — FORMES CLINIQUES. — PRONOSTIC

L'aménorrhée sera *transitoire* de préférence chez une femme jeune, qui précédemment n'avait pas présenté de signes marqués d'insuffisance génitale. L'apparition de troubles accentués, surtout de réactions nerveuses est en défaveur de l'hypoplasie ovarienne antérieure.

L'existence périodique d'un molimen, est un bon élément de pronostic.

La durée de cette aménorrhée est variable. Dans nos observations elle ne dépasse pas deux ans. Entre ce cas et celui où le trouble menstruel cède presque immédiatement tous les intermédiaires se rencontrent.

Le retour des règles est annoncé par de vives douleurs pelviennes et lombaires, un léger écoulement leucorrhéique, une poussée congestive du côté des seins et de la thyroïde, un redoublement des malaises, l'accentuation des désordres de tous genres. A l'apparition du sang la cédation des troubles s'opère, sinon instantanément, du moins rapidement. Toutes nos malades ont été unanimes à relater cette détente.

Les premières menstrues ont trois particularités :

Elles sont peu abondantes ;

Elles sont douloureuses ;

Elles sont irrégulières.

Ces troubles ne persistent pas. Dans les observations d'aménorrhée transitoire, que nous avons pu recueillir, peu à peu la menstruation normale s'est rétablie, ou plus exactement est redevenue ce qu'elle était auparavant.

L'aménorrhée émotionnelle peut être *définitive* (Brierre de Boismont, Raciborski, Tilt, Mlle Walter, Mayer etc.) Progressivement les troubles réactionnels s'atténuent jusqu'à disparaître. Localement M. Siredey insiste sur l'atrophie du col utérin, comme indice de ménopause prématurée, atrophie appréciable déjà quelques mois après les dernières règles (pour le corps de l'organe il n'entrerait en régression que plus tard). La recherche systématique de ce signe pourrait peut-être aider à édifier un pronostic.

L'aménorrhée survenant aux approches de la *ménopause*, c'est-à-dire chez une femme de plus de quarante ans, ne donne lieu qu'à des désordres atténués ; il semble que l'hypo-fonctionnement génital antérieur ait comme préparé l'organisme au déficit ovarien. Elle est alors souvent permanente.

Résultat d'un *violent traumatisme psychique* le trouble menstruel est particulièrement fécond en accidents.

L'aménorrhée consécutive à des *émotions répétées*

nous a paru plus irréductible que les autres.

Chez les *accidentées du travail* l'évolution est difficile à prévoir et délicate l'évaluation du préjudice causé. L'intensité, la diversité des désordres relèvent autant de l'auto-suggestion, de l'influence de l'entourage que du déficit menstruel lui-même.

Pour peu qu'une pensée de convoitise s'ajoute à ces tendances hypocondriaques et fortifie la femme dans sa conviction d'incapacité au travail, l'aménorrhée et son cortège de complications peuvent devenir particulièrement tenaces.

Sur ce même terrain névropathique apparaîtra un syndrome singulier, simulant plus ou moins la gestation normale : il porte le nom de *grossesse nerveuse*.

On a généralement affaire à une femme stérile, proche de la ménopause, que hante un ardent désir de maternité.

Chez cette « affolée de grossesse » l'espoir, la crainte se succèdent, multiplient les chocs émotifs, mettent en jeu la suggestibilité. L'aménorrhée survient et avec elle une partie du cortège de la gestation.

Comme le fait très bien remarquer Raciborski l'appréhension de la grossesse agit de la même façon : « Lorsque les femmes ont à se reprocher des écarts de conduite qui leur font redouter d'être devenues enceintes, effrayées des conséquences d'un écart, auquel elles n'ont souvent cédé que dans un moment d'égarement, elles épient, avec anxiété, les symptômes qui chez elles précèdent habituellement

les époques, comptent avec impatience les jours qui les séparent encore de celles-ci. Quoi de surprenant alors à ce qu'une impression morale aussi profonde puisse opérer sympathiquement dans les ovaires une espèce de syncope ? »

Nous rapportons un cas typique de grossesse nerveuse (Obs. XXII). La femme dont il s'agit a présenté la plupart des signes de la gestation réelle depuis les vomissements jusqu'à l'augmentation de volume du ventre (tympanite). Abusée par des contractions intestinales, elle affirmait avoir « senti remuer » l'enfant.

Ce groupement de symptômes, fatalement, induirait en erreur, si l'absence de toute modification utérine n'infirmait le diagnostic de gestation. L'utérus, en effet, ne subit de changement ni dans sa forme, ni dans ses dimensions, ni dans sa consistance, col et corps restent normaux.

Il suffit souvent d'affirmer la vacuité de l'utérus pour voir rapidement rétrocéder le syndrome.

M. Dalché fait remarquer que la superposition d'une grossesse normale à l'aménorrhée nerveuse explique certains cas de pseudo-grossesses prolongées (Obs. XXIII).

DIAGNOSTIC

Seul le diagnostic causal est à faire.

Trois cas peuvent se présenter :

1° L'écoulement cataménial était établi quand l'émotion s'est produite ;

2° Les menstrues étaient imminentes lors du choc nerveux ;

3° L'aménorrhée a succédé à des émotions répétées.

Dans la première conjoncture la nature de l'aménorrhée ne peut être méconnue, le facteur étiologique s'impose. Cette règle souffre cependant une exception : au cours d'une commotion il est difficile de préciser la part respective, dans la production du trouble menstruel, du traumatisme et de l'émotion traumatique.

En présence des deux dernières éventualités, il importe de ne pas rapporter au choc psychique une suspension des règles qui dépendrait, complètement ou partiellement, d'une tout autre cause. Les affirmations, même catégoriques de la femme en ce qui concerne l'origine des accidents ne sauraient suffire, le médecin devra toujours procéder, à un examen

minutieux, afin de s'assurer que l'aménorrhée n'est pas la signature d'une affection organique, locale ou générale.

Les malformations locales créant un obstacle mécanique à l'issue du sang, les phlegmasies utérines ou péri-utérines, les tubo-ovarites seront aisément démasquées.

On reconnaîtra avec la même facilité l'aménorrhéé conséquence d'une infection chronique avérée (tuberculose, syphilis, paludisme) d'une intoxication professionnelle ou endogène (hydrargyrisme, diabète, brightisme, goutte) d'une affection organique du système nerveux (sclérose en plaques, tabès) d'une cardiopathie (rétrécissement pulmonaire) de l'anémie pernicieuse, de la cachexie cancéreuse ou autre.

Les troubles menstruels relèvent souvent d'affections des voies digestives. Parmi celles-ci l'entérocolite muco-membraneuse, les dyspepsies sont surtout en cause. La présence de vers intestinaux entraîne une aménorrhée toxique, autrefois dénommée « sympathique ». En cas de doute l'administration d'anthelminthiques, en amenant le retour des règles avec le rejet des parasites, tranchera le diagnostic.

A ces diagnostics cliniquement faciles, sur lesquels nous n'avons pas à appuyer et qui prêtent rarement à erreur, s'opposent des cas plus délicats.

L'aménorrhée peut être seule à objectiver un processus tuberculeux latent, lésions pulmonaires au début, adénopathies trachéo-bronchiques torpides,

Au cours de la syphilis l'accident primaire a pu passer inaperçu et c'est de bonne foi que la malade nie tout antécédent spécifique. Certaines intoxications, morphinique entre autres, sont soigneusement dissimulées par l'aménorrhéique. Les névroses, les psychoses, les affections thyroïdiennes peuvent engendrer l'aménorrhée ou éclore à sa faveur.

Une affection organique étant dépistée et la femme affirmant le ou les chocs psychiques, comment évaluer le rôle effectif de celui-ci ou de ceux-ci ?

S'il s'agit d'une grosse lésion, locale ou éloignée, qui à elle seule suffirait à provoquer la suppression de la menstruation, la lui attribuer de préférence et ne pas hésiter à diriger en conséquence le traitement.

Devant une lésion de peu d'étendue, une affection latente, il est difficile d'éclaircir quelle a été la contribution du traumatisme psychique dans la détermination de l'aménorrhée. A-t-elle été nulle ? L'émotion n'a-t-elle fait que superposer ses effets à ceux de la lésion préexistante pour compléter une insuffisance ovarienne déjà avancée ? Est-elle seule incriminable ? Le problème reste souvent insolutionné.

Enfin, la recherche de la grossesse s'impose chez toute aménorrhéique. Ce n'est qu'après avoir acquis la conviction que la femme n'est pas enceinte que l'on pourra songer à instituer un traitement.

Pour acquérir cette conviction on tiendra compte non des signes, dits « sympathiques » mais des

modifications utérines (augmentation de volume, évasement du segment inférieur, changement de consistance du col et du corps etc.). Nous avons déjà vu que c'est l'absence des modifications locales qui permet de distinguer la grossesse nerveuse de la grossesse réelle.

Faire l'élimination des causes de l'*hypoménorrhée* autres que l'émotion, revient à éliminer la plupart des factions étiologiques de l'aménorrhée. Nous n'y reviendrons pas.

TRAITEMENT

S'abstenir de toute intervention si l'HYPOMÉNORRHÉE est simple, ne s'accompagne pas de douleurs, n'engendre pas d'accidents. Sinon elle est assimilable à l'aménorrhée et justifiable du même traitement.

En présence d'AMÉNORRHÉE émotionnelle on doit, avant tout, calmer les alarmes de la malade, combattre ses craintes, la rassurer sur la nature des troubles dont elle souffre, lui affirmer que le retour de ses règles ne peut être que prochain.

Bien conduite, la psychothérapie suffit, chez certaines névropathes, pour ramener les menstrues :

Il est bon, cependant, de lui associer systématiquement un traitement propre à exciter l'appareil utéro-ovarien.

Deux cas sont à envisager : on est appelé à soigner la femme immédiatement ou quelques jours seulement après l'arrêt des règles ; les menstrues sont suspendues depuis plus longtemps, quand la malade consulte.

L'intervention immédiate tendra à rappeler l'écoulement sanguin. Des pédiluves chauds ou sinapisés,

des douches percutantes (lombes, cuisses, reins) agiront dans ce but.

Médiate, l'intervention médicale cherchera à faciliter, à créer un afflux sanguin périodique vers les organes pelviens. On recourra au traitement local précédent, mais en limitant sa durée aux huit jours qui précèdent l'époque présumée des règles.

Entre temps, les aménorrhéiques se trouveront bien de l'hydrothérapie, du massage, de la kinésithérapie.

Certaines cures thermales peuvent agir efficacement. Selon les tendances diathésiques de la femme, sera recommandée une des stations suivantes : Salies-de-Béarn, Salins-Moutiers, Forges, Spa.

Chez une malade anémiée il est de toute urgence de relever l'état général par des toniques ; le fer, l'arsenic surtout sont recommandables. La vie au grand air est un excellent adjuvant. La mer ne convient pas à ce genre de sujets dont le système nerveux n'est déjà que trop prompt à entrer en réaction.

Si ces moyens, locaux et généraux, échouent on interviendra plus énergiquement avec les emménagogues, l'électricité, l'opothérapie.

Quoique leur emploi soit indiqué dans l'aménorrhée émotionnelle plus que dans tout autre il faut se méfier des *emménagogues*, souvent infidèles, parfois dangereux.

On ne les ordonnera qu'après avoir acquis la certitude qu'une grossesse ne peut être en cause. On sait que ces substances sont incapables de faire, à elles seules, réapparaître le fluxe menstruel ; elles

n'agissent que sur l'utérus en imminence d'hyper hémie. Il importe donc de n'administrer cette médication que si le molimen existe, et au moment du molimen, c'est-à-dire une semaine par mois environ.

A l'heure actuelle, le nombre des emménagogues est réduit. On ne recourt plus guère qu'à la sabine, la rue, l'armoise, l'absinthe (1). Le safran associé au fer a été préconisé par certains auteurs. L'apiol, selon d'autres, rend de grands services. Les purgatifs drastiques (aloès, scammonée, jalap, cascara) peuvent également être prescrits pour amener un certain degré de congestion pelvienne. Il est avantageux d'associer les drastiques à un excitant local tel que le gossipium herbacéum.

Bien que les premières observations relatant l'usage efficace de *l'électrothérapie*, au cours des troubles menstruels, remontent au milieu du XVIIIe siècle (Jallabert 1740, De Hœn 1755, Alberti 1764 etc.), ce n'est que durant ces dernières années que l'électrisation a pris une place importante dans le traitement de l'aménorrhée.

---

1. On peut employer une des formules suivantes :

A. Poudre d'ergot de seigle... }
Poudre de sabine.......... } ââ o gr. o5
Poudre de rue.. .... }
Aloès.......................... o gr. o2
Pour 1 pilule, en prendre 3 dans la journée

B. Poudre de sabine.......... }
Poudre de safran.......... } ââ 2 gr. 5o
Extrait d'absinthe......... }
Sirop de sucre.................. Q. S.
Pour 25 pilules : 2 à 4 par jour

« On peut, déclare Lobligeois, s'adresser à un des procédés suivants :

1° Franklinisation. Elle est employée sous forme de bain statique quotidien, de 20 minutes de durée, terminé par quelques étincelles, sur la région lombaire et les fosses iliaques.

2° Haute fréquence ou d'Arsonvalisation. On l'applique soit sous forme d'effluves sur la région ovarienne, soit sous forme de frictions hertziennes très douces sur l'abdomen.

3° Faradisation lombo-sus-pubienne. Une grande électrode est placée sur la région lombaire, une autre électrode active est placée sur la région sus-pubienne, toutes deux sont reliées à un appareil faradique à fil fin ; l'intensité doit donner une sensation désagréable, mais tolérable ; la séance est quotidienne et dure une dizaine de minutes ; on peut la terminer par une faradisation labile de la racine des cuisses. Le traitement sera institué pendant les quinze jours qui précèdent l'apparition présumée des règles.

4° Galvanisation généralisée. Une électrode est placée à la nuque, l'autre est constituée par un pédiluve : intensité de 30 milliampères pendant une vingtaine de minutes tous les jours.

5° Galvanisation intra-utérine : un hystéromètre en platine est introduit dans le col et relié au pôle négatif d'une batterie galvanique, le pôle positif étant représenté par une large électrode abdominale. On fera trois à quatre séances avant l'époque présumée des règles.

6° Bains hydro-électriques ».

Quand il s'agit de vaincre l'aménorrhée émotionnelle l'électricité statique seule donne de bons résultats.

L'électrothérapie est toujours d'un maniement délicat. C'est un des motifs pour lesquels nombre de gynécologues lui préfèrent la méthode opothérapique.

L'opothérapie ovarienne sera une médication à la fois substitutive et stimulatrice ; elle tendra à ramener le flux menstruel et à amender les autres troubles d'insuffisance glandulaire.

On recourra de préférence à l'extrait sec total (o gr. 40 par jour, en 2 fois). L'extrait sec de corps jaune est également préconisé (on le prescrira à doses moitié moindres).

Si les troubles thyroïdiens sont accusés, l'opothérapie thyroïdienne est indiquée ; elle régularisera la fonction. Il importe de commencer par des doses faibles, quitte à les augmenter ensuite progressivement. Une surveillance attentive devra être exercée sur la malade afin de dépister les premières manifestations d'intolérance.

En raison de la fréquente pluralité des troubles endocriniens, l'opothérapie associée pourra, chez certaines femmes, supprimer plus rapidement les accidents.

Auquel des trois agents thérapeutiques actifs donner la préférence ?

La conduite à tenir varie suivant les malades.

C'est au médecin d'adapter à chaque cas la thérapeutique qui lui convient et cela en se basant sur les antécédents, les troubles actuels, le mode de réaction de l'organisme.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

Y. Cl..., vingt ans, sans profession.

Entre en avril 1919, salle Sainte-Marie, pour une absence de règles, datant de plus de deux ans.

Enfant, Y. Cl..., n'a jamais eu de maladie avérée, mais a constamment été souffreteuse et a toujours toussé. Pleurésie en 1914.

A été réglée pour la première fois à quatorze ans. Jusqu'en 1917 les règles furent régulières, de courte durée (2 jours) et douloureuses.

Habitant Lille, elle subit l'occupation allemande, de 1914 à 1916, date à laquelle elle fut déportée en Allemagne. Après quelques mois de séjour a... elle assista au fusillement de deux membres de sa famille (père et grand-père). Elle se trouvait alors en pleine période menstruelle. Les règles furent brusquement arrêtées.

Depuis cette suppression, chaque mois, apparaîtra un flot leucorrhéique, accompagné de douleurs abdominales et lombaires. Entre temps, bouffées de chaleur, céphalée frontale, sueurs profuses généralisées, arthralgies, névralgies. Au moment du molimen cataménial les troubles s'exagèrent et se compliquent d'épistaxis, remarquables par leur répétition et leur abondance.

Rapatriée après la signature de l'armistice, Y. Cl..., est dirigée sur Paris. Dès son arrivée (en mars) elle doit entrer à l'Hôtel-Dieu pour de la toux, de la dyspnée et des cachements de sang. Le diagnostic de bronchite grippale est porté. Au bout de quelques jours, la chute de la température s'effectue, mais n'amène pas la disparition complète des phénomènes respiratoires, il persiste de la toux accompagnée de dyspnée, surtout paroxystique, de la raucité de la voix.

La possibilité d'un polype des voies aériennes ou la possibilité de la compression de celles-ci par une masse ganglionnaire ou une ectasie est envisagée. La bronchoscopie infirme la première hypothèse. La radioscopie décèle un léger aplatissement de la bronche gauche, au niveau de son origine et son refoulement vers la droite, sans adénopathies nettes ni poche anévrysmale.

Au début de mai Y. Cl..., est transportée dans le service de M. le Dr Dalché.

Examen de la malade à son entrée dans le service. — Femme petite, membres grêles. Caractères de la sexualité féminine peu développés.

Souffle hilaire du côté gauche. Respiration rude au niveau du sommet droit.

Appareil cardio-vasculaire normal. Tension Mx 16. Mn 9, (oscillomètre de Pachon).

Les divers modes de la réflectivité sont exagérés.

On tente de faire marcher la malade, dès qu'elle a mis pied à terre elle s'affaisse. Cette impossibilité de la station verticale constrate avec l'intégrité de la sensibilité, de la force musculaire et la coordination des autres mouvements des membres inférieurs. Le diagnostic d'astasie-abasie est fait.

Durant tout l'examen la malade a montré une grande émotivité et une non moins grande suggestibilité.

En raison des diverses manifestations névropathiques, M. Dalché recourt à la psychothérapie.

Le *traitement* psychique fait merveille.

Quelques jours après la malade a recouvré sa voix, la toux a diminué, la marche est possible.

Toutefois persistent la céphalée, les bouffées de chaleur, les sueurs.

Le 21 mai, apparition de douleurs lombaires et pelviennes. Le lendemain Y. Cl..., perd quelques gouttes de sang, le surlendemain le flux menstruel est établi. Il dure peu, s'accompagne de vives douleurs, amène une diminution des troubles sympathiques et de la céphalée.

Les règles désormais reviendront périodiquement.

Nous avons suivi Y. Cl..., actuellement les signes stéthoscopiques hilaires ont disparu, mais elle présente une infiltration nette, tuberculeuse, du sommet droit.

OBSERVATION II (Personnelle)

Mme C..., trente-sept ans.

Vient consulter pour de l'aménorrhée.

Antécédents héréditaires. — Son père, mort subitement, était éthylique. Sa mère est bien portante ; pendant sa vie génitale a toujours été bien réglée ; grande nervosité.

Antécédents personnels. — Mme C..., dit avoir eu une enfance maladive sans pouvoir préciser pour quelle raison.

A été réglée à quinze ans et demi. Règles indolores, régulières, très abondantes et de longue durée (8 jours). A chaque

époque, survenaient de la céphalée, des palpitations, des étouffements et des crises nerveuses (?)

Mariée à dix-huit ans. A dix-neuf ans accouche spontanément avant terme d'un enfant viable ; ne l'allaite pas. A vingt-deux ans fausse-couche de deux mois et demi, consécutive à une chute, fortes pertes à cette occasion. Deux ans après troisième grossesse, menée à terme, accouchement normal, enfant nourri au sein maternel.

Des deux enfants vivants, deux filles, l'une (treize ans) n'est pas encore réglée, l'autre l'a été tard (quinze ans).

Mme C..., a toujours été d'une extrême nervosité. En décembre 1917, alors qu'elle était au deuxième jour de ses règles, elle vit, au cours d'une promenade, écraser une fillette. Arrêt presque instantané des menstrues. Cet arrêt ne dura que trois jours. Le quatrième jour réapparition de l'écoulement sanguin qui prit des proportions d'hémorragie.

Les mois suivants règles normales, jusqu'au mois de mai 1918. A cette époque, elle était en imminence de menstruation, quand survint une explosion (Courneuve) à proximité de son habitation. Immédiatement Mme C..., est prise de tremblement, de palpitations. Ces désordres persistent huit jours. Le neuvième jour les menstrues se montrent, mais peu abondantes, décolorées et depuis lors elles sont irrégulières, raréfiées, la malade souffre de bouffées de chaleur, d'insomnies, de terreurs nocturnes, d'angoisse, désordres pour lesquels elle vient consulter en avril 1919.

Examen de la malade. — Organes génitaux normaux.

La thyroïde est augmentée de volume.

Rien au cœur, ni aux poumons. Pouls 90.

Urines normales.

Pas de tremblement. Pas de troubles de la sensibilité.

Divers modes de la réflectivité exagérés.

Traitement : anti-nervins, repos.

Revue en juillet 1919 : légère amélioration.

OBSERVATION III (Personnelle)

Mlle N. A..., trente-six ans, vue à la consultation de gynécologie, en mai 1919. Vient consulter pour une aménorrhée datant de neuf mois.

Pas d'antécédents héréditaires. Deux sœurs bien portantes et parfaitement réglées.

Personnellement a eu une rougeole à six ans, une fièvre typhoïde à huit ans.

Réglée à quinze ans, sans troubles particuliers sinon une céphalée intense. Depuis règles abondantes, irrégulières, accompagnées de gonflement du corps thyroïde, jusqu'en mai 1918, époque où l'aménorrhée survient à la suite d'un bombardement qui surprend M. A... le jour où elle attendait ses règles.

Depuis la suppression de la menstruation elle souffre de céphalée, de palpitations survenant par crises, spontanément ou à l'occasion du moindre effort, de la plus insignifiante contrariété. Les digestions sont difficiles, la constipation alterne avec des crises diarrhéiques. Des épistaxis sont fréquents.

A l'époque où le flux cataménial devrait se montrer ces désordres s'exagèrent et apparaissent des douleurs pelviennes et un petit écoulement leucorrhéique.

A l'examen on trouve un corps thyroïde volumineux et le

siège de battements. Cette hypertrophie s'accompagne de tremblement, peu accentué d'ailleurs, d'une légère exophtalmie. Le pouls est accéléré : 90 pulsations par minute.

Le cœur ne présente aucune lésion orificielle, les poumons sont normaux. Ni sucre ni albumine dans les urines. L'exagération des réflexes tendineux est manifeste. Pas de stigmates hystériques.

La malade est traitée par les emménagogues.

Elle revient à la consultation en juillet 1919 : les règles se sont rétablies au début du mois. Les malaises généraux ont rétrocédé rapidement.

Actuellement N. A... ne se plaint plus que de céphalée et de palpitations. Le corps thyroïde est encore un peu gros ; tremblement et exophtalmie ont disparu.

OBSERVATION IV

(Due à la bienveillance de M. le Dr Dalché)

Marie G..., trente-huit ans, domestique.

Est transportée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, le *29 octobre 1914*.

La malade est dans un état de stupeur, dont elle ne sort que pour se plaindre d'une vive céphalée. Elle présente de la raideur de la nuque, un léger Kœrnig. Elle n'a pas de rétraction de la paroi abdominale et ne délire pas. Absence des réflexes rotuliens.

Du côté des yeux l'examen révèle de la photophobie ; du myosis, bilatéral, mais surtout marqué à droite ; une paralysie du droit externe gauche avec strabisme convergent assez considérable.

La respiration est très accélérée (40), le pouls bien frappé, rapide (120).

La température ne dépasse pas 38 degrés.

Les urines rares sont albumineuses.

Rien de particulier au cœur, ni aux poumons. Devant ce syndrome, le diagnostic de méningite, de nature inconnue, est porté. La ponction lombaire est différée au lendemain.

30 octobre. — M. G... peut répondre aux questions et donne les renseignements suivants.

Jusqu'alors avait été bien portante.

Les règles, qui se montrèrent pour la première fois alors qu'elle avait quatorze ans, étaient normales et régulières.

Mariée à vingt-six ans. Six ans plus tard a eu une première grossesse. L'accouchement nécessita l'emploi du forceps. Retour de couches quatre mois après.

A trente-sept ans, fausse-couche de quatre mois, consécutive à une chute. Infection. Curettage. Elle sortit de l'hôpital trois semaines après. Les règles revinrent dans les quinze jours qui suivirent mais furent très abondantes et prolongées. M. G... fut ensuite réglée régulièrement jusqu'au mois d'octobre 1914, époque à laquelle survinrent les événements qui ont motivé l'état actuel.

Le 21 octobre, apparition normale des menstrues.

Le 22 octobre, M. G... part en voyage et se trouve fort effrayée par un accident de chemin de fer. A la suite de cette frayeur elle constate l'arrêt de ses règles. Celles-ci au lieu de cinq jours n'ont duré qu'un jour et demi.

Les jours qui suivent M. G... se sent très fatiguée, en proie à une vive céphalée. Toutefois elle regagne bientôt Paris et reprend ses occupations.

Le 27 octobre, elle est prise dans la rue d'étourdissements et tombe sans connaissance. On la transporte chez elle.

Les 28 et 29 octobre, apparaissent des vomissements jaunâtres, très fréquents. La céphalée est plus intense que jamais. On décide la malade à entrer à l'hôpital.

M. Dalché attribue le syndrome méningé aux troubles menstruels.

1er novembre, matin. — La raideur de la nuque, le signe de Kœrnig, le strabisme, la céphalée, la photophobie persistent.

La température est tombée à 37°4.

La respiration et le pouls demeurent accélérés.

Glace sur la tête, sangsues sur les apophyses mastoïdes. Calomel.

Le soir la diplopie a cédé. Moins de céphalée.

La température continue à descendre : 37°2.

2 novembre.— L'examen du fond de l'œil est fait. A droite petites hémorragies disséminées. A gauche papille congestionnée, nombreuses et minimes hémorragies au voisinage de la papille et des gros vaisseaux.

Le soir, amélioration manifeste, diminution de la céphalée, de la torpeur. Mais le pouls et la respiration continuent à être accélérés.

3 novembre. — Douleurs rachidiennes, irradiant vers les membres inférieurs.

Ventouses sèches le long de la colonne vertébrale. Pyramidon.

4 novembre, matin. — La malade est plus lucide. La céphalée a presque complètement disparu ; la tête a recouvré

un peu de mobilité. Toutefois persistance des signes oculaires.

Le soir, apparition d'un léger écoulement vaginal sanguinolent.

5 novembre. — L'écoulement sanguin s'est arrêté. La malade reste assoupie toute la journée.

6, 7, 8, 9, 10, 11 novembre.— Cessation progressive des désordres oculaires.

29 novembre. — La malade accuse des douleurs lombaires et des tiraillements dans le bas-ventre.

30 novembre. — Le strabisme cède complètement.

A l'examen ophtalmoscopique on note la disparition des hémorragies et de la stase papillaire au niveau de l'œil droit. A gauche persistance d'une légère stase.

8 décembre. — Règles.

Depuis guérison complète. Une grossesse. Enfant à terme, bien portant, que M. G... allaite.

OBSERVATION V (Personnelle)

Mlle A. D..., vingt-et-un ans, sans profession.

Vient consulter en juin 1919 pour de l'aménorrhée.

Son père est mort, vraisemblablement de tuberculose. Sa mère est éthylique. Un frère vivant, lequel a été réformé pour une bronchite chronique. Trois sœurs mortes en bas-âge de méningite.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels.

L'état actuel a débuté en juin 1918. A. D... était au deuxième jour de ses règles quand celles-ci se trouvèrent supprimées par la frayeur causée par la chute d'un obus à

proximité. Jusqu'alors A. D... avait eu des règles très douloureuses, irrégulières et peu abondantes. Leur durée variait de quatre à sept jours.

A chaque période menstruelle A. D... présentait des épistaxis à répétition.

Depuis la suspension du flux cataménial, bouffées de chaleur constantes, sueurs, céphalée tremblement, épistaxis presque quotidiennes. A la date présumée des règles les épistaxis redoublent d'abondance et de petites taches ecchymotiques apparaissent au niveau des membres inférieurs.

Examen. — A. D... est petite, frêle, très maigre. Son teint est décoloré. Corps thyroïde normal. Aucun signe de tuberculose pulmonaire. Pouls 80. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Elle est traitée par le repos et les fortifiants.

Nous n'avons pas revu la malade.

OBSERVATION VI

(Due à la bienveillance de M. le Dr Dalché.)

Mme F..., journalière, trente-cinq ans.

Entre à l'Hôtel-Dieu le 28 juin 1917 pour de la céphalée.

Père mort au cours d'une poussée rhumatismale.

Mère tuée accidentellement.

Ni frère, ni sœur.

Puberté à quinze ans. Règles régulières, d'abondance moyenne, non douloureuses.

Elle se marie à vingt-sept ans.

Un an après, fausse-couche de trois mois et demi.

A trente ans, accouchement normal, enfant bien conformé, il meurt à trois ans et demi.

Depuis la fausse-couche, les règles retardent, ne viennent que toutes les cinq ou six semaines, d'abondance ordinaire d'abord, puis diminuées en quantité.

Cet état s'accompagne d'idées tristes, de nervosisme, sans attaques de nerfs. La céphalée n'a jamais existé, même au moment de la puberté et des périodes menstruelles. Absence de constipation, mais digestions lentes, laborieuses.

Relativement à l'histoire des troubles actuels, on a pu reconstituer la filiation suivante :

Le mari de Mme F... est mobilisé en 1914, dès le début des hostilités. Il est tué au commencement de novembre 1916. F... en reçoit la nouvelle le 10. Les règles étaient imminentes. Quand elles vinrent elles se réduisirent à un simple suintement (depuis lors elles diminueront encore jusqu'à disparaître complètement).

Mme F... est prise d'une vive céphalée qui la contraint à s'aliter onze jours. Au bout de ce temps la céphalée persiste mais atténuée et intermittente. La malade tente de reprendre ses occupations. Elle est bientôt obligée de s'arrêter, moins à cause de la céphalée qu'à cause d'une sensation de grande fatigue, d'asthénie généralisée.

Le 28 juin 1917 quand elle entre à l'hôpital, la céphalée a subi depuis quelques jours une recrudescence et l'aménorrhée persiste.

A l'interrogatoire la malade accuse deux points douloureux l'un occipital, l'autre frontal. La douleur est gravative, continue ; le moindre mouvement l'exaspère et les paroxys-

mes s'accompagnent parfois de nausées et de vomissements Pas de constipation.

La diplopie est manifeste. Surdité intermittente.

A l'examen pas de raideur musculaire, les mouvements des membres sont respectés et libres. Aucune modification des divers modes de la sensibilité.

Réflexes cutanés et tendineux normaux.

Les pupilles, dilatées, réagissent, mais paresseusement à la lumière. Les muscles de l'œil ne sont pas paralysés. L'existence d'hémianopsie bitemporale n'est pas nette.

Pouls 70, un peu faible, Pression Mx15 — Mn8 (Pachon). Aucune particularité au niveau du cœur ni des poumons.

Pas de sucre, pas d'albumine dans les urines,

29 juin. — L'examen ophtalmoscopique donne les résultats suivants : à gauche neuro-rétinite œdémateuse, grosse hémorragie juxta-papillaire, pas de lésion maculaire. A droite aspect plus net de névrite avec stase, saillie de la papille, veine tortueuse.

La ponction lombaire donne issue à un liquide hypertendu, clair, ne renfermant aucun élément figuré.

4 juillet.— La réaction de Wassermann est faite, le résultat est négatif.

Bien, que devant certains symptômes,on soit porté à incriminer une tumeur cérébrale, M. Dalché attribue le syndrome morbide à la perturbation menstruelle laquelle a eu un retentissement hypophysaire.

La malade est traitée en conséquence : ovarine à laquelle on adjoint bientôt de l'extrait capsulaire surrénal.

Au cours de juillet et d'août l'amélioration est évidente.

Ce n'est qu'en septembre, alors que l'amélioration s'est

poursuivie pendant deux mois, que le mercure est employé.

En octobre la malade quitte l'hôpital.

En février 1919, Mme F..., revient à la consultation de gynécologie. Elle nous apprend que ses règles ont fait leur réapparition deux mois après sa sortie de l'hôpital. Avec ce retour a coïncidé la disparition absolue de la céphalée.

Les menstrues ont d'abord été irrégulières (tous les trois mois) et douloureuses.

Actuellement F..., est enceinte de sept mois.

La disparition de tous les symptômes, objectifs et subjectifs, qui pouvaient faire penser à une tumeur intra-cranienne, est confirmée par l'examen ophtalmoscopique pratiqué deux jours après, c'est-à-dire le 10 février : artères et veines normales ; papilles normales ; aucune trace d'œdème ; champ visuel normal.

OBSERVATION VII

(Etienne et Richard)

Mlle L...; de Paris, arrivée à Royat en mai 1918.

A subi une grosse émotion : lors d'un bombardement la maison voisine de la sienne a été détruite par une bombe incendiaire. Les règles qui avaient commencé dans la journée ont cessé depuis (elles étaient régulières jusque-là). Elles manquèrent encore au début de juin pour réapparaître dans le courant du mois.

Grosse augmentation du corps thyroïde qui bat. Légère exophtalmie. Caractère très irritable.

Maxima 12,5 ; minima 8. Pouls 106.

Après plus d'un mois de repos, amélioration coïncidant

avec le retour des règles ; le volume du corps thyroïde a beaucoup diminué.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

Mme L..., vingt-neuf ans, consulte en août 1919 pour de l'aménorrhée qui dure depuis quatre mois.

Cette aménorrhée a suivi une émotion violente (règles imminentes quand celle-ci survint).

Jusqu'alors Mme L...,avait été réglée irrégulièrement. Tantôt trop abondantes, durant sept à huit jours, tantôt réduites à un léger suintement, les menstrues apparaissaient sans aucune périodicité.

Fait intéressant, à chaque menstruation le corps thyroïde augmentait de volume. Transitoire, cette hypertrophie ne s'accompagnait d'aucun signe subjectif de basedowisme et se réduisait spontanément.

Mariée à vingt ans, Mme L.., a eu deux grossesses, la première à vingt et un ans, la deuxième à vingt-cinq ans. Les deux accouchements ont été normaux. Durant la première grossesse, gros corps thyroïde avec tachycardie, tremblement, légère exophtalmie. Rien de semblable au cours de la deuxième grossesse.

Pas d'autres antécédents personnels.

La cessation des règles n'a donné lieu à aucun trouble.

Examen. — Femme grêle, mal membrée, corps thyroïde un peu gros, sans battements. Pouls 90. Maxima 14, minima 9, ni tremblement, ni exophtalmie, cœur et poumons normaux. Urines abondantes, sans albumine, taux de l'urée normal.

Aucun trouble moteur ni sensitif.

Mme L..., est traitée par l'opothérapie thyro-ovarienne. Amélioration rapide. Au bout de deux mois ébauche de molimen, mais pas de règles. Le mois suivant léger écoulement sanguin.

OBSERVATION IX (Personnelle)

M. N... Consulte pour une aménorrhée émotive.

Scarlatine à neuf ans. Bronchites fréquentes.

Puberté à seize ans. Règles de moyenne abondance et de courte durée (trois jours).

Mariage à vingt-cinq ans (1909).

Pas de grossesse.

Le mari de M. N..., est mobilisé en 1914. Il est d'abord maintenu à l'arrière et ne gagne le front qu'en février 1917.

M. N..., qui jusqu'alors avait été bien portante et régulièrement réglée devient irritable, perd le sommeil, maigrit en même temps que ses menstrues s'espacent, se décolorent.

En septembre 1917, elle reçoit la nouvelle de la mort de son mari. Les règles étaient imminentes, elles ne vinrent pas, depuis n'ont pas reparu.

Ultérieurement bouffées de chaleur, sueurs, céphalée, troubles dyspeptiques ; périodiquement des épitaxis, quelquefois des crachements de sang.

Nous l'avons vue en 1919.

Pas de réaction du côté de la glande thyroïde. Induration du sommet gauche. Urines légèrement albumineuses. Rien autre à signaler.

OBSERVATION X

(Grattery. Rapport de G. Hardy à la Société médico-chirurgicale de Liège, 15 juillet 1900.)

Une jeune femme de dix-neuf ans, bien réglée, reçut le jour où elle attendait ses règles la nouvelle de la mort d'une personne qui lui était chère. L'écoulement menstruel ne parut pas ; deux jours après survinrent quelques accidents nerveux, de la céphalalgie, puis quelques heures après de violents accès hystériques. Mort.

OBSERVATION XI

(Popalani)

E. H..., vingt-cinq ans, mariée à dix-huit ans.

Mère de trois enfants dont le dernier est âgé de deux ans.

Pas d'antécédents héréditaires ni de maladies antérieures.

Les règles duraient quatre jours, étaient de couleur rouge, peu abondantes.

Pas de leucorrhée.

Est de tempérament nerveux.

Cette femme, à la suite d'une frayeur subite à l'époque menstruelle, vit ses règles disparaître ; elle eut des douleurs lombaires et aperçut alors sur ses jambes, à la partie externe surtout, des taches bleuâtres qui persistèrent pendant quatre jours, sans douleurs locales, ni démangeaisons.

Cette éruption cataméniale reparut à la seconde période.

Les règles ensuite se rétablirent.

OBSERVATION XII

(Sabrazès-Léger, *In* thèse Vidal.)

J. P..., vingt ans, domestique, raconte que le feu ayant pris à ses vêtements elle eut une peur violente. Depuis lors elle serait malade. Elle éprouva d'abord de la fatigue, puis des maux de tête. Son appétit conservé est capricieux. Elle a maigri, tousse un peu, est essoufflée quand elle monte les escaliers.

Rien de particulier aux poumons. Pas de rétrécissement mitral. Bruit de rouet avec renforcement systolique au cou. Pas de souffles extra-cardiaques, le pouls bat 96 à la minute, égal, régulier, de tension moyenne. Pas d'adénopathies, pas d'exophtalmie. Elle a de l'hémi-hypoesthésie du côté gauche. Tremblement des paupières. Insensibilité de la conjonctive. Son champ visuel est normal. Réflexes rotuliens normaux. La malade déclare qu'il n'y a pas de personnes nerveuses dans sa famille. Elle vit dans de très bonnes conditions hygiéniques.

La malade à l'aspect chlorotique. Les muqueuses sont décolorées.

Au moment de l'émotion, la malade allait être réglée. Elle le fut en effet, mais très peu. Les règles, considérablement diminuées, ne durèrent qu'un jour au lieu de 3, comme auparavant.

Examen du sang : hémoglobine 28 o/o ; globules rouges 2.604.000 par millimètre cube ; globules blancs 8.680 ; polynucléaires 6.249 ; lymphocytes 1.128 ; mononucléaires 774 ; éosinophiles 138 ; formes de tr. o. Irrégularité de volume et

de coloration des globules rouges. Poïkilocytose. Microcytes, nombreuses plaquettes sanguines. Quelques globules rouges avec granulations basophiles.

Pour Vidal, si l'aménorrhée et la chlorose ont été consécutives à la peur, elles sont absolument indépendantes, l'une de l'autre.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

Mlle P. C..., seize ans, qui consulte pour une bronchite, raconte incidemment ce qui suit ;

Exempte d'antécédents morbides, elle avait toujours été parfaitement réglée, quand, à l'âge de quinze ans, une frayeur arrêta ses règles, qui coulaient au moment de l'incident.

Elle ne présenta aucun trouble consécutif.

L'aménorrhée persista trois mois. Le quatrième mois retour spontané des règles, qui désormais reprirent leur cours ordinaire.

OBSERVATION XIV
(Blondel et Sendral)

Mme F..., se présente à la consultation de la clinique (du Dr Blondel) le 10 juin 1903.

Rien à noter dans les antécédents. Réglée à douze ans, très régulièrement jusqu'au début des accidents.

Fausse-couche en 1895 : subit à cette occasion un curettage. Les règles continuèrent ensuite à être très régulières.

A vingt-neuf ans, il y a cinq ans, elle perd son mari. Ses

règles commencèrent aussitôt à devenir irrégulières. A trente ans elles cessent définitivement.

En même temps qu'elle constatait ces phénomènes elle remarquait que son œil gauche devenait sensible, puis douloureux, et que sa vue baissait rapidemeut de ce côté.

Elle consulta le D[r] Abadie qui diagnostiqua un glaucome et institua un traitement médicamenteux : celui-ci, malgré sa persévérance, demeurant sans résultats. M. Abadie conseilla la sympathectomie qui fut pratiquée en 1901 par M. J.-L. Faure à l'hôpital de la Charité.

L'opération amena une légère cédation des phénomènes douloureux, sans améliorer la vue qui, en 1902, était définitivement perdue Les douleurs réapparaissant M. Abadie pratiqua une iridectomie.

L'action de cette deuxième intervention fut nulle sur les douleurs qui devinrent de plus en plus fortes, dans l'œil et la région périorbitaire.

Influencée par les conseils d'amies, qui lui affirmaient que « son sang était tombé sur ses yeux », elle se décida à consulter le 2 juin pour son aménorrhée.

L'examen des organes génitaux révèle une atrophie manifeste. La vulve est presque sénile ; il existe de la vaginite et de la leucorrhée ; l'utérus infantile, à col presque imperceptible, mesure 4 centimètres à l'hystéromètre ; les ovaires sont imperceptibles. Pas de douleurs locales.

La malade est extrêmement nerveuse et présente des tics du cou et de l'épaule.

L'examen oculaire donne les résultats suivants : œil gauche très dur, très douloureux et fortement injecté dans la région ciliaire ; il existe un coloboma opératoire et la masse cristal-

linienne cataractée vient coiffer la face postérieure de la cornée, en raison de l'absence de chambre antérieure. L'œil droit présente un vaste ulcère vascularisé intéressant tout le segment interne de la cornée avec photophobie intense et tension au-dessus de la normale.

En présence de l'insuccès des traitements antérieurs M. Blondel songe à agir par la voie où semble bien avoir été le point de départ des accidents, et bien que cette aménorrhée datant de cinq ans et l'atrophie complète des organes génitaux paraissent réserver peu de chance de succès, il prescrit un traitement emménagogue qui consiste en capsules d'ovarine, dragées d'apiol, cachets d'aloès et de tartrate ferrico-potassique.

La malade revient le 10 juin : après sept jours de ce traitement, elle accuse déjà une amélioration surprenante. Les douleurs dans l'œil gauche, qui ont résisté depuis cinq ans à tous les traitements, sont nettement en décroissance. On peut constater que la région ciliaire est moins injectée. La marche de l'ulcère de l'œil est arrêtée.

Le 1er juillet l'amélioration est encore plus nette. La malade ne souffre plus du tout. Le processus glaucomateux est arrêté du côté droit ; l'ulcère est en voie de cicatrisation.

L'examen des organes génitaux ne révèle rien de nouveau, cependant ils sont plus sensibles et la malade accuse quelques vagues douleurs dans le ventre.

Le 6 juillet les règles apparaissent, peu douloureuses, peu abondantes, mais durent deux jours pleins.

Le 8 juillet, l'œil gauche est devenu complètement indolore. La cicatrisation de la cornée droite est complète, avec

disparition des vaisseaux. La malade est considérée comme guérie.

Le mois suivant, le traitement emménagogue étant continué, les règles réapparaissent, cependant l'atrophie des organes génitaux paraît être restée la même.

Deux mois plus tard la guérison persistait. La vision par l'œil droit était nette, bien qu'un peu amoindrie par la présence de la taie consécutive à la cicatrisation de l'ulcère cornéen.

Par prudence et pour éviter des troubles sympathiques le Dr Sandral pratique l'énucléation du globe oculaire gauche, qui n'est plus douloureux mais est resté glaucomateux et inutile. Depuis lors la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XV

(Popalani.)

H. N..., âgée de trente ans.

A eu ses premières règles à quinze ans.

Bien réglée depuis, les mentrues durent quatre jours.

Pas de leucorrhée.

Mariée à seize ans. Elle est mère de quatre enfants, dont le dernier a deux ans.

Cette femme à la suite d'une émotion vive au cours des règles voit celles-ci disparaître. En même temps elle eut des épistaxis intermittentes qui durèrent quatre jours.

A la date des deuxièmes époques l'hémorragie nasale reparaît.

L'administration d'emménagogues rétablit les règles.

OBSERVATION XVI

(Royer-Callard.)

B..., dix-huit ans.

Tempérament nerveux.

Bien réglée.

Eprouve un violent chagrin qui occasionne une suppression des menstrues. Troubles du côté du cœur et de l'estomac, consécutivement.

L'aménorrhée dure un an. Pendant ce temps, B... ressent chaque mois de la pesanteur pelvienne, des douleurs dans les grandes articulations, des vertiges, des troubles de la vue.

A son entrée à l'hôpital les règles réapparaissent. Elles durent douze jours. A cette époque font suite des irrégularités au cours desquelles surviennent des vomissements de sang qui reviennent tous les jours. Elle a aussi des accès d'hystérie. Une saignée fait cesser l'hématémèse. La santé va toujours s'améliorant. Le flux menstruel finit par se rétablir complètement avec le temps.

L'observation suivante, qui met en valeur l'importance des lésions sanguines dans la réalisation de certaines règles déviées, nous a paru intéressante à ce titre.

OBSERVATION XVII

(E. Weill.)

M..., vingt-neuf ans (consulte en octobre 1910).

Au mois de juillet 1910, ses règles s'arrêtèrent subitement à l'annonce de la mort de son père. Les règles reviennent en

août à l'époque normale et durent trois semaines ; depuis lors les règles se prolongent.

En juillet, les règles furent remplacées par une crise intense de purpura ; de larges ecchymoses, apparues sur les bras et les muscles inférieurs, n'ont cessé de se produire par poussées ; la station debout influence leur venue. Ces troubles ne s'accompagnent ni de troubles digestifs, ni de douleurs, ni de température.

Il y a un mois, vers la fin d'une ménorragie, se produisit une épistaxis, qui dura une heure le matin et survint de nouveau, le soir, pendant six heures. Le sang sortait des deux narines.

Il y a dix jours, en dehors des règles, épistaxis spontanée de la narine gauche, pendant dix minutes.

Examen de la malade. — C'est une femme grande, blonde à peau fine, très pâle. L'examen des différents viscères ne laisse constater rien d'anormal, ni du côté de l'appareil circulatoire ni du côté des poumons. Les urines sont normales. La malade n'a jamais eu de jaunisse ni de colique hépatique, le foie semble normal, la constipation est habituelle.

M. S... a trouvé à l'examen gynécologique, un utérus un peu gros.

Grande anémie avec souffle dans les vaisseaux du cou.

Examen du sang : se coagule en huit minutes, après une légère sédimentation cruorique, rétraction normale, sérum jaune.

Temps de saignement : 22 minutes 5.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante et bien por-

tante. Aucun antécédent hémorragique, ni hépatique de ce côté.

La grand'mère et une tante ont présenté des phlébites de jambe.

Père mort en juillet, rhumatisant et diabétique. Pas d'antécédents hémorragiques.

Antécédents personnels. — Coqueluche et rougeole ; à douze ans une crise de rhumatisme articulaire aigu, qui dura un mois.

Fièvre typhoïde à vingt-deux ans qui évolua normalement en six semaines.

Depuis longtemps entérite muco-membraneuse, avec selles parfois sanguinolentes.

Vers l'âge de dix ans apparaissent de temps en temps des épistaxis assez courtes.

Règles surviennent entre douze et treize ans. Régulières, elles durent tous les mois cinq à six jours et sont normales jusqu'au mariage. Pas de purpura, mais souvent de l'urticaire.

Après son mariage (à 25 ans) pendant un an les règles restent normales, puis, après un retard de huit jours, perte importante avec caillots : en même temps purpura sur les bras.

Six mois après grossesse accompagnée de douleurs rénales et d'hémorragies pendant un mois, puis normale avec santé parfaite. Accouchement normal. Essai de lactation.

Traitement. — Repos au lit, séjour, à la campagne, administration de lavements de sérum de cheval (10 cc.), les deux premiers jours des règles.

Le traitement sera continué durant des mois. On lui associera successivement l'opothérapie thyroïdienne, l'opothé-

rapie mammaire, jusqu'à disparition à peu près complète des accidents hémorragiques.

OBSERVATION XVIII (1)

(Walter.)

Mlle L..., âgée de quarante-quatre ans, n'exerce aucune profession.

Vient consulter pour des troubles nerveux.

Mère morte accidentellement.

Père vit encore. Souffre de goutte et de rhumatisme chronique.

Elle a eu treize frères et sœurs ; quatre sont morts. Sœurs bien réglées; aucun cas antérieur de ménopause précoce dans la famille.

Entre sept et douze ans, Mlle L... eut la coqueluche, la rougeole et la scarlatine.

Elle a toujours été impressionnable.

Premières règles à onze ans. Depuis menstrues régulières, de trois à quatre jours de durée, découlement modéré, précédées de légères douleurs.

La mort subite de la mère de Mlle L... ébranle fortement la jeune fille, alors âgée de vingt-deux ans. Sa santé devient instable. Elle souffre de bronchite et les règles qui ont cessé ne reviendront plus, si ce n'est sous forme d'un très léger suintement qui durera un ou deux jours seulement.

De cette époque date un état nerveux pénible : céphalée

---

1. Citée par Mme Darcanne-Mouroux, ainsi que les observations mentionnées par Mlle Walther.

violente, extrême nervosisme, attaques de nerfs. Le sujet a des impulsions.

Différents médecins consultés, essayèrent de rétablir la menstruation et cela toujours avec des résultats négatifs. Ils relevèrent en vain l'état général par des toniques, la vie au grand air, l'exercice. Un traitement local ne donna d'autre résultat que d'amener un flux sanguin congestif de courte durée.

Depuis l'arrêt soudain des menstrues Mlle L... n'a jamais été assez malade pour s'aliter, mais, outre les désordres nerveux ci-dessus mentionnés, elle a présenté les troubles vasculaires et trophiques qui souvent compliquent la ménopause : bouffées de chaleur ; troubles dyspeptiques, assez fréquentes nausées ; diarrhée, sous forme de poussées périodiques, qu'on peut considérer comme un « substitut » de la menstruation ; eczéma ; purpura.

L'examen des organes génitaux fut pratiqué deux années après la dernière mentruation. L'utérus était de dimensions normales, non dévié, les ovaires ne présentaient rien de particulier.

Les années suivantes des examens successifs montrèrent une atrophie progressive de l'utérus.

A l'heure actuelle l'utérus n'a plus que 2 centimètres de haut, il est fortement aplati dans le sens antéro-postérieur, trompes ni ovaires ne sont perceptibles. Les seins sont légèrement atrophiés.

Mlle L... a conservé un aspect jeune, elle est grasse sans embonpoint.

OBSERVATION XIX

(Brierre de Boismont.)

C..., cuisinière. Entre à l'Hôtel-Dieu pour une dysenté-rie.

Réglée à douze ans. Puis cessation des règles pendant six ans.

Au cours de cet intervalle elle souffrait de violents maux de tête. On l'a saignée plusieurs fois. Quand ses menstruation se sont régularisées elle les avait très abondantes durant quatre ou cinq jours. Leur approche était annoncée par des maux de reins, des nausées, des vomissements.

C... a eu quatre enfants. Les suites de couches ont été heureuses.

A quarante-six ans, elle a perdu son mari; l'impression que cette mort lui a causée a été telle qu'elle a immédiatement eu une hémorragie qui a duré six jours ; depuis cette époque les règles n'ont jamais reparu. Pas de troubles locaux.

OBSERVATION XX

(Mayer, citée par Mlle Walter.)

Femme d'un ouvrier de Berlin, âgée de trente-quatre ans. Robuste et de taille moyenne. Avait eu sa première menstruation à treize ans ; périodicité régulière et durée de trois jours ; mais l'écoulement avait toujours été restreint. Elle s'est mariée à vingt ans et a eu, à des intervalles rapprochés, deux enfants, le dernier il y a dix ans ; couches normales. Après le deuxième accouchement, les menstrues

ne se montrent qu'une fois. Une peur violente les fait disparaître pour toujours. Depuis cette époque cette femme est continuellement malade. Elle souffre de convulsions épileptiformes, d'asthénie, elle a quelquefois de la leucorrhée. Examinée dàns sa trente-quatrième année. L'utérus est atrophié, dévié et présente des érosions dans sa portion vaginale.

OBSERVATION XXI

(Tilt. Résumée)

C..., âgée de soixante et onze ans.

A joui d'une excellente santé jusqu'à sa quarantième année.

A cette époque son mari meurt subitement. Cet événement l'ébranle fortement. Toutefois peu à peu sa santé se rétablit mais les règles, qui ont disparu lors du choc émotif, demeurent absentes. Voilà vingt-huit ans que l'aménorrhée persiste. Le sujet n'a présenté aucune déviation menstruelle.

OBSERVATiOM XXII

(P. Henry.)

Mme X..., vingt-quatre ans.

Tempérament émotif.

Elle se marie en 1900 et désire vainement un enfant.

En janvier 1902, ses règles disparaissent: elle se croit enceinte et va consulter une sage-femme qui déclare ne pas trouver encore de fœtus.

Bientôt le ventre augmente de volume, ainsi que les seins qui laissent sourdre un peu de colostrum.

Au cinquième mois, la femme sent remuer l'enfant.

Au neuvième, nouvelle visite à la sage-femme qui affirme ne rien trouver. Déconcertée, la malade vient consulter à la Salpêtrière.

C'est une femme vigoureuse, sans embonpoint apparent.

Pas d'antécédents héréditaires.

Nourrie au sein, elle n'a jamais eu de convulsions.

A été réglée à quatorze ans. Depuis règles toujours régulières.

A noter, au début de la grossesse, des digestions un peu difficiles et une légère constipation.

A l'examen, seins volumineux ; la pression n'en fait rien sourdre ; pas de tubercules de Montgomery.

Le ventre, jusqu'à quatre travers de doigt de l'épigastre, est nettement augmenté de volume, et rappelle, a s'y méprendre, l'abdomen d'une femme à terme.

Pas de ligne brune, mais des vergetures ; une paroi légèment adipeuse.

Sonorité à la percussion.

La palpation ne fait rien découvrir qui rappelle une partie fœtale. La sensation est celle d'une masse molle, dépressible, élastique.

Au toucher, un col et un utérus de consistance et de dimensions normales.

L'auscultation est négative.

Il n'y a donc pas de grossesse vraie, mais une grossesse nerveuse.

L'auteur ajoute avoir revu la malade. Celle-ci présentait une atrophie du corps thyroïde.

OBSERVATION XXIII

(M. Théveny. *In* thèse P. Henry.)

Grossesse nerveuse suivie de grossesse vraie.

B..., II-pare, vingt-six ans, ménagère.

Mère morte, trente-deux ans, suites de couches.

Antécédents personnels. — Sein maternel. Ignore l'âge de la marche. Aucune maladie pendant l'enfance.

A vingt et un an, soignée à Sainte-Anne pendant six mois pour de l'agoraphobie (douches matin et soir, repos, fortifiants).

Premières règles à treize ans, régulières, trois jours.

Première grossesse à vingt-quatre ans. Malade, pendant toute sa grossesse, a repris le même traitement sauf les douches, dit avoir été très faible et très anémiée. Accouchement spontané. Sommet. Enfant vivant et bien portant.

Hémorragie après la délivrance avec syncope : injections très chaudes.

Après son accouchement dit qu'elle n'était plus aussi nerveuse, mais toujours faible.

Deuxième grossesse *actuelle.* Elle est venue consulter ; il y a quatre mois et demi environ, croyant être à terme, mais avec un abdomen développé comme un abdomen de quatre mois. Elle dit alors que ses sègles, neuf moisavant, avaient diminué d'abondance, à peine un écoulement rosé d'une demi-journée, pendant quatre mois et demi. Elle se crut enceinte. Le ventre se développa petit à petit, ses seins grossirent ; il vint vers le deuxième mois un peu de colos-

trum, des nausées, des vomissements, tous les symptômes d'une grossesse.

Quatre mois et demi environ après, ses règles cessèrent tout à fait, son ventre ne grossit plus, elle crut sentir remuer.

Quand elle vint consulter, elle se croyait à terme, elle avait, disait-elle quelques douleurs.

Examinée, on la reconnaissait enceinte de quatre mois et demi environ. Bruits du cœur sur la ligne médiane.

La grossesse a continué d'évoluer normalement.

CONCLUSIONS

1° L'aménorrhée peut être la conséquence d'une émotion unique ; elle peut être le résultat d'émotions répétées. Dans le premier cas le choc psychique interviendra pendant les règles ou quand celles-ci sont imminentes ; dans le deuxième cas le moment de l'action émotive est indifférent.

2° Le trouble génital, comme toutes les manifestations émotionnelles, se produit d'autant plus facilement et nécessite une excitation initiale d'autant moins forte que l'émotivité du sujet est plus développée. Un autre facteur individuel intervient, mais a une valeur étiologique moindre que l'hyperémotivité : la réceptivité locale ; elle est en raison inverse de l'activité ovarienne antérieure.

3° Le mécanisme de la menstruation n'étant pas élucidé, il est difficile de donner une interprétation pathogénique de l'aménorrhée émotionnelle. Cependant il semble que l'émotion agisse tantôt directement par inhibition de la fonction sécrétrice de l'ovaire, ou par excitation du centre vaso-moteur utéro-ovarien ; tantôt indirectement par l'intermédiaire de la thyroïde et des surrénales.

4° Dans la majorité des cas, une émotion violente survenant au moment des règles suspend brusquement l'écoulement cataménial ; au cours d'émotions répétées l'aménorrhée s'installe progressivement.

5° Parmi les désordres qui accompagnent l'aménorrhée émotionnelle, les perturbations thyroïdiennes prédominent.

L'intensité, la multiplicité de ces désordres dépendent en grande partie de la rapidité avec laquelle a été supprimée la menstruation et du degré d'activité génitale antérieure.

6° En raison des différences individuelles, il est difficile de pronostiquer si l'aménorrhée sera passagère ou permanente. Toutefois, en règle générale, chez une femme jeune, qui a été soumise à une émotion unique, l'aménorrhée émotionnelle est rarement irréductible, alors qu'au delà de la quarantième année ou à la suite d'émotions successives l'aménorrhée est souvent définitive.

Le Président de la thèse,
P. MÉNÉTRIER

Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPEL

BIBLIOGRAPHIE

Ancel et Villemin. — Sur la cause de la menstruation (C. R. de la Société de Biologie, 1907).

Aran. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes.

Astruc. — Traité des maladies des femmes, 1865.

Baer. — Vicarious menstruation (Surg. gyn. and obs., 1917).

Babinski. — Emotion, suggestion et hystérie (Société de neurologie, juillet 1907).

— Emotion et hystérie (Journal de psychologie normale et pathologique, 1912).

Babinski et Dagnan-Bouveret. — Emotion et hystérie (Revue de neurologie, 1914).

Barnes. — Traité clinique des maladies des femmes, 1876.

Blondel et Sandras. — Guérison d'accidents oculaires graves chez une aménorrhéique par le traitement emménagogue (La Gynécologie, 1904).

Brierre de Boismont. — De la menstruation, considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques, 1842.

Busquet (H.). — Rapports chronologiques de l'ovulation et de la menstruation (Presse médicale, décembre 1911).

Cannon. — Journal of the american med assoc., 18 nov. 1916.

Coste. — Histoire générale et particulière du développement des corps organisés. Paris, 1847.

Courty. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1866.

Dalché. — Les aménorrhées et leur traitement (Journal de médecine int., 1903).
— Aménorrhée accidentelle (Journal de médecine int., 1904).
Darcanne-Mouroux. — Th. Paris, 1904.
Dupré (E.). — Problèmes de psychiâtrie, Paris.
— Revue de neurologie, 1909.
— La constitution émotive (Paris-médical, 1911).
Dusourd. — Traité pratique des maladies des femmes, 1841.
Etienne (G.). — Maladie de Basedow et addisonisme. Syndrome polyglandulaire par disthyroïdie et dissurrénalie (Soc. méd. des hôp., juin 1910).
Etienne et Richard. — Maladie de Basedow et émotions de bombardements (Soc. méd. des hôp., nov. 1918).
— La pression artérielle et les émotions de guerre (Paris-médical, août 1919).
Forgue et Massabuau. — Les métrorragies de la ménopause (Presse médicale, 1912).
Fraenkel. — Die function des corpus luteum, 1903.
Galloway. — A unique case of vicarious menstruation (J. am. M. ass., 1913).
Gendrin. — Traité philosophique de médecine pratique, 1839.
Gley. — Sécrétions internes. Paris, 1914.
Graves (W.). — Relations entre les affections gynécologiques et les névroses (Med and. surg. Journal, 1916).
Hallion. — Revue de neurologie, 1919.
Hardy. — Menstruation et pathologie menstruelle (Annales de la Société médico-chirurg. de Liége, juillet 1900).
Henry (P.). — Thèse Paris, 1904.
Hurtaud. — Des règles déviées et supplémentaires. Th. Paris, 1896.
Iscovesco (N.-H.). — Lipoïdes homo-stimulants de l'ovaire et du corps jaune (Rev. de gyn. et de chirurg. abd., mars 1915).
— Action d'un lipoïde extrait de l'ovaire sur l'organisme (C. R. de la Soc. de biologie, 1912).

Janet. — Revue de neurologie, 1909.

Jayle. — De l'insuffisance ovarienne (Presse médicale, 1900).

Johnstone. — British gynecological Journal, 1886.

Keiffer. — La menstruation dans ses rapports avec la pathologie générale (Gaz. de gynec., 1900).

Lafon. — Hémorragies sous-conjonctivales consécutives à l'arrêt brusque des règles (Journal de méd. de Bordeaux, 1914).

Lee (R.). — De l'état des ovaires pendant la menstruation (The Lancet, 1845).

Léopold-Lévi et Rothschild. — Corps thyroïde et émotions (Société de l'Internat des Hôpitaux, nov. 1909).

— A propos des syndromes ovaro-thyroïdiens et thyro-ovariens (Société de biologie, janvier 1912).

Lian. — Les petits basedouviens (Presse médicale, déembre 1914).

Limon — Journal de phys. et de path. génér., 1904.

Lindenthal. — Menstruation und corpus hiteum Wien. Klin. Woch., 1903.

Lisfranc. — Leçons chimiques sur les maladies de l'utérus, 1836.

Lobligeois. — L'électrothérapie dans les troubles de la menstruation (Progrès médical, 1904).

Martineau. — Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes, 1878-1879.

Mayer. — C. R. international med Congress, Paris, 1867.

Meyer (R.) *et Ruge (C.).* — Rapports de la menstruation avec le développement du corps jaune (Presse médicale, décembre 1913).

Négrier. — Recueil de faits pour servir à l'histoire des affections hystériques, 1858.

Okinstschitz. — Rev. de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1910.

Parwin. — American practitioner.

Piganeau. — Contribution à l'étude de la menstruation et des affections oculairès dues à sa suppression. Th. Bordeaux, 1911.

Popolani. — Gazette médicale d'Orient, sept. 1901.

Prenant. — De la valeur morphologique du corps jaune. Son action physiologique et thérapeutlque (Revue générale des Sciences pures et appliquées, 1898).

Raciborski. — De la puberté et de l'âge critique chez la femme, 1844.

— Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique, 1856.

— Traité de la menstruation, 1868.

Ramon (F.) et Carrié (P.-A.). — Syndrome sympathique (Annales de médecine, juillet 1919).

Ribot. — Psychologie des sentiments, 1896.

— Psychologie allemande contemporaine, 1885.

Robin et Dalché. — Traitement des maladies des femmes.

Scanzoni. — Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme, 1858.

Schrœder. — Archiv. fur gynækologie, 1914.

Sinéty. — Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes, 1879.

Siredey. — Société d'obst. de gynécologie et de pédiâtrie, décembre 1903.

Sollier. — Mécanisme des émotions, 1902.

Slapfer. — Les vagues utéro-ovariennes, Paris, 1912.

Terrien. — Affections oculaires d'origine menstruelle (Gazette des Hôpitaux, 1903).

Thomas. — Traité clinique des affections de l'utérus et des annexes.

Tilt. — Change of life in health and disease, 1882.

Tuffier et Mauté. — Ménopause chirurgicale (Presse médicale, 1912.

Vignes. — Th. Paris. 1914.

— Recherches expérimentales sur la menstruation (Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1916.

Vidal. — Thèse Bordeaux, 1905.

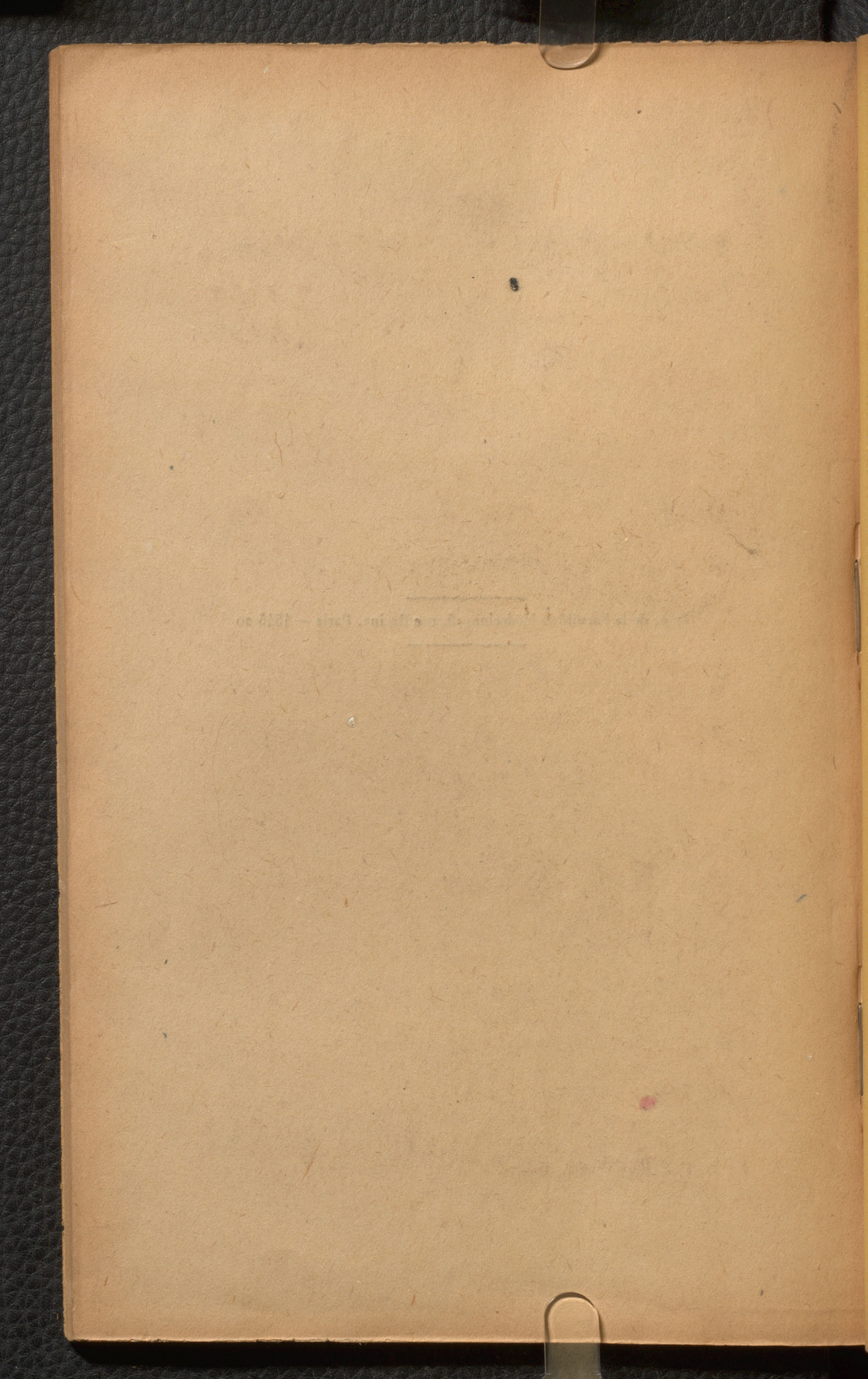
Villemin. — Th. Lyon, 1908.

Wallich. — Sur la cause de l'hémorragie menstruelle (Soc. de biologie, mai 1919.

Walter (*J.*). — Un cas de ménopause prématurée (Journal of obstetric., 1902.

Weill (*E.*). Les hémorragies supplémentaires des règles et les règles déviées (Bull. méd., 1913).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 4545-20



[illegible] de la Faculté de Médecine, [illegible] rue Racine, Paris — 15515 [illegible]

